

ENEIDA REGINA FABIAN HOLZMANN

MARIA CRISTINA HEIN LACERDA

**UMA DISCUSSÃO SOBRE A INSERÇÃO DO CENTRO PSIQUIATRICO
METROPOLITANO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA**

Trabalho de Conclusão do Curso, apresentada
ao Departamento de Ciências Contábeis, do
Setor de Ciências Sociais Aplicadas,
Universidade Federal do Paraná, como
requisito para obtenção do título de
Especialista em Formulação e Gestão de
Políticas Públicas.

Orientadora: Prof^a Dr^a Maria do Carmo Duarte
Freitas.

CURITIBA

2007

AGRADECIMENTOS

À professora Maria do Carmo Duarte Freitas, pelo carinho, dedicação e entusiasmo pelo nosso trabalho.

Ao coordenador do Curso, professor Blênio César Severo Peixe e à Escola de Governo pela iniciativa em investir na formação dos servidores do Estado do Paraná.

Aos demais professores pela contribuição no aumento do nosso conhecimento.

Aos colegas de curso, pela amizade e troca de experiências.

Às pessoas que fazem o CPM.

Lua nova

Trabalhando para um mundo novo
às vezes pegamos armas velhas
Na mudança da lua, a lua nova
viaja uma noite inteira
de braço dado com a lua velha.

Juntar urgência e paciência,
impulso com aprendizado.
Destruir teias de aranha
com método, não a vassouradas.
Avançar para o futuro
com a nossa velha História
à luz de novas idéias.

E mesmo assim esperar
boa meteorologia,
um ator sempre atrasado
e a compreensão da platéia.

(Domingos Pellegrini Júnior)

LISTA DE FIGURAS

| | |
|--|----|
| Figura 1 - Capa Revista Radis Comunicação e Saúde..... | 07 |
| Figura 2 – Revista Radis Comunicação e Saúde | 08 |
| Figura 3 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial | 28 |
| Figura 4 - Banner de divulgação da III Conferência Nacional de Saúde Mental..... | 33 |
| Figura 5 - Matéria Publicada em Jornal Local – Paraná | 55 |
| Figura 6 - Linha do Tempo do CPM..... | 67 |

LISTA DE SIGLAS

CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
CAPS i – Centro de Atenção Psicossocial Infanto-Juvenil
CAPS ad – Centro de Atenção Psicossocial destinado a usuários com transtornos decorrentes de uso e dependência de substâncias químicas
CAPS I, II, III – classificação dos CAPS de acordo com a abrangência populacional
SESA – Secretaria de Estado da Saúde do Paraná
CPM – Centro Psiquiátrico Metropolitano
PA – Pronto Atendimento
SUS – Sistema Único de Saúde
SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais
OMS – Organização Mundial da Saúde
INPS – Instituto Nacional de Previdência Social
IAP – Instituto de Aposentadoria e Pensões
DINSAM – Divisão Nacional de Saúde Mental
MPAS – Ministério da Previdência e Assistência Social
SRT – Serviço de Residências Terapêuticas
NOB – Norma Operacional Básica
PNASH – Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares
FSCMR – Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha
CIB – Comissão Intergestores Bipartite
PRH – Programa Anual de Reestruturação da Assistência Hospitalar no SUS
SAME – Serviço de Arquivo Médico e Estatístico
PISAM – Plano Integrado de Saúde Mental
DENASUS/MS – Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Ministério da Saúde
CES/PR – Conselho Estadual de Saúde do Paraná
IASP – Instituto de Ação Social do Paraná

RESUMO

HOLZMANN, E. R.F.; LACERDA, M.C.H.

UMA DISCUSSÃO SOBRE A INSERÇÃO DO CENTRO PSIQUIÁTRICO METROPOLITANO NA REFORMA PSIQUIÁTRICA

A implementação da Política Estadual de Expansão e Fortalecimento da Rede de Serviços Extra-hospitalares acontece num ritmo lento na região metropolitana de Curitiba, gerando uma demanda por atendimento que é suprida pelo Centro Psiquiátrico Metropolitano - CPM. A pesquisa vem de encontro à necessidade da instituição alinhar-se ao novo contexto proposto pela Política Estadual de Saúde Mental. Para tanto, o objetivo geral é discutir a inserção do CPM na Reforma Psiquiátrica que prevê modelo de atendimento extra-hospitalar e de base comunitária. Um levantamento bibliográfico sobre os conceitos de loucura ao longo da História e sobre o desenvolvimento das políticas de saúde mental no País, inicia o trabalho. A metodologia adotada constou de resgate histórico da instituição através de documentos, relatórios, matérias jornalísticas entre outros e de entrevista com gestores estaduais e municipais, funcionários em funções diferentes e estratégicas da Instituição. Buscou-se saber as dificuldades atuais, a opinião sobre o alinhamento à Reforma Psiquiátrica e visão de futuro da instituição. Tem-se como resultados uma linha do tempo da história do CPM. Além disso, as análises das entrevistas revelam que 80 % dos entrevistados apontam para problemas de gestão e falta de integração; quanto ao alinhamento à reforma psiquiátrica, 50% afirma que o CPM está alinhado à reforma, e na visão de futuro – observa-se unanimidade em relação à continuidade da prestação de serviços à comunidade, dada a sua experiência na área de saúde mental. A pesquisa revela, ainda uma contradição no que se refere ao entendimento dos entrevistados sobre o que diz a Reforma Psiquiátrica.

Palavras-chave: saúde mental; reforma psiquiátrica; Centro Psiquiátrico Metropolitano.

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUÇÃO | 01 |
| 2. SAÚDE MENTAL | 05 |
| 2.1. ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A LOUCURA..... | 07 |
| 2.2. SAÚDE MENTAL NO BRASIL..... | 11 |
| 2.2.1. Período de 1850 a 1900 | 13 |
| 2.2.2. Período de 1901 a 1930 | 16 |
| 2.2.3. Período de 1931 a 1960 | 18 |
| 2.2.4. Período de 1961 a 1980 | 21 |
| 2.2.5. Período de 1981 a 1988 | 26 |
| 2.2.6. Período de 1989 aos Dias Atuais (2007) | 30 |
| 2.2.7. III Conferência Nacional de Saúde Mental..... | 32 |
| 2.2.8. Municipalização | 36 |
| 2.2.9. Política Nacional de Saúde..... | 39 |
| 2.3. SAÚDE MENTAL NO PARANÁ..... | 42 |
| 2.3.1. O Período Vigente (2007)..... | 47 |
| 2.3.2. Política Estadual de Saúde..... | 48 |
| 3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS | 51 |
| 3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA..... | 51 |
| 3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE E SELEÇÃO DA AMOSTRA | 52 |
| 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO | 54 |
| 4.1. SAÚDE MENTAL NO CPM..... | 54 |
| 4.1.1. Período de 1944 a 1977 | 54 |
| 4.1.2. Período de 1978 a 1989 | 56 |
| 4.1.3. Período de 1990 a 2007 | 60 |
| 4.2. ANÁLISE DAS ENTREVISTAS | 68 |
| 4.2.1. Dificuldades da Instituição | 71 |
| 4.2.2. Alinhamento à Reforma Psiquiátrica..... | 73 |
| 4.2.3. Visão de Futuro..... | 73 |
| 4.3. PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL NO CPM..... | 74 |

5. CONCLUSÕES79
REFERÊNCIAS83
ANEXO88

1. INTRODUÇÃO

O movimento mundial de humanização no atendimento ao portador de transtornos mentais, de resgate dos seus direitos de cidadão, conhecido como Reforma Psiquiátrica, iniciado em 1973 por Franco Basaglia na Itália, vem ampliando sua influência no Brasil.

Hoje a Reforma Psiquiátrica é processo político e social complexo, composto de diversos atores políticos, tais como: instituições, governo federal, estadual e municipal, serviços de saúde, associações de portadores de transtornos mentais, seus familiares e movimentos sociais.

Para Delgado et al (2007, p. 42), “o período atual caracteriza-se assim por dois movimentos simultâneos: a construção de uma rede de atenção à saúde mental substitutiva ao modelo centrado na internação hospitalar, por um lado, e a fiscalização e redução progressiva e programada dos leitos psiquiátricos existentes, por outro”.

Nas diretrizes da Política Estadual de Saúde Mental, salienta-se a importância do Programa de Expansão e Fortalecimento da Rede de Serviços Extra-Hospitalares de Atendimento ao Paciente. Essa rede inclui Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, Serviço de Residências Terapêuticas, leitos psiquiátricos em hospital geral e ambulatorios de Saúde Mental.

Segundo dados da Secretaria de Saúde, em 2006, o Paraná contava com 4.785 leitos em hospitais psiquiátricos espalhados por 15 cidades. Destes, 3042 são pagos pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o início do processo de desinstitucionalização, foram desativados 1502 leitos psiquiátricos no Estado. Desde 2002 houve um aumento significativo no número de CAPS no Estado. Ao todo são

75 instalados. Além desses, mais 25 estão em processo de implantação, em várias cidades (Fonte: Coordenação de Saúde Mental da SESA).

O Centro Psiquiátrico Metropolitano – CPM – é uma unidade da Secretaria de Estado da Saúde do Paraná - SESA, que completou trinta anos de funcionamento, no mesmo endereço. Destina-se a atender usuários da Região Metropolitana de Curitiba e da 1º Regional de Saúde, recebendo sobrecarga de demanda e com corpo técnico insuficiente.

A média de atendimentos/mês é alta. Em abril de 2007 totalizou 4.147 atendimentos. Possui um serviço de pronto atendimento – P.A. (24 horas); ambulatório de adultos, ambulatório infanto-juvenil e um Centro de Atenção Psicossocial – CAPS. Conta com médicos psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais, enfermeiros, pedagogos, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, farmacêuticos, administradores, auxiliares administrativos, entre outros, num total de 135 funcionários.

A rede de serviços extra-hospitalares da região metropolitana de Curitiba ainda não está suficientemente estruturada. A demanda para atendimento no CPM continua superior à capacidade instalada. O paciente que procura o CPM tem um atendimento emergencial, mas enfrenta longa lista de espera, principalmente no ambulatório.

O desconhecimento por parte dos técnicos sobre o Sistema Único de Saúde (SUS) e Reforma Psiquiátrica e a falta de participação nas decisões, na busca da solução de problemas (na gestão e planejamento) parece ter como consequência uma atuação de forma isolada, sem comprometimento com a instituição e com o SUS. Existe ainda, a cada mudança na administração da SESA, o temor pela extinção da Instituição.

A idéia inicial da pesquisa parte da constatação da necessidade de um conjunto de transformações de práticas, saberes e valores no cotidiano da vida da instituição psiquiátrica.

Além do respeito às premissas da Reforma Psiquiátrica, que propõe abandono do modelo hospitalocêntrico e construção de um novo modelo de atenção psicossocial, extra-hospitalar e de base comunitária, a investigação deve respaldar a reorientação e reorganização do SUS, de forma a alcançar os seus princípios de acesso universal (público e gratuito às ações e serviços de saúde), equidade, integralidade das ações, descentralização dos recursos da saúde e controle social.

Para onde vai o CPM, com toda a sua história e experiência? Como a instituição se insere e se sustenta dentro desta nova política de saúde mental?

A implementação da Política Estadual de Expansão e Fortalecimento da Rede de Serviços Extra hospitalares acontece num ritmo lento na região metropolitana de Curitiba, gerando uma demanda por atendimento que é suprida pelo CPM. Parte-se do pressuposto que o CPM, na forma como está estruturado não contribui para as mudanças no modelo de atenção à saúde mental, previstas pela Reforma Psiquiátrica, expressas na Política Estadual de Saúde Mental.

O Centro Psiquiátrico Metropolitano apresenta ao longo dos anos uma abordagem adaptativa às mudanças na Política de Saúde Mental. A redefinição do papel da instituição dentro do Sistema de Saúde vem sendo um tema de discussão constante ao longo de sua história.

O processo de implantação da Reforma Psiquiátrica, em andamento no país exige uma constante e exaustiva reflexão sobre as práticas de atenção à saúde mental. Um olhar crítico sobre a realidade é um passo importante para garantir as mudanças necessárias para a efetivação da Reforma Psiquiátrica, defendidas pela

Política Estadual de Saúde Mental. A análise da instituição pode contribuir para o avanço no cumprimento da política pública em instituições similares.

A pesquisa tem como objetivo geral discutir a inserção do CPM na Reforma Psiquiátrica que prevê modelo de atendimento extra-hospitalar e de base comunitária. A pesquisa vem de encontro à necessidade da instituição alinhar-se ao novo contexto proposto pela Política Estadual de Saúde Mental.

Somam-se ao objetivo geral os objetivos específicos da pesquisa:

- a) resgatar e construir uma linha do tempo sobre a história do CPM;
- b) pesquisar dificuldades, alinhamento do CPM à Reforma Psiquiátrica;
- c) delinear as perspectivas e tendências do CPM.

2. SAÚDE MENTAL

O debate em torno do conceito de saúde mobiliza diferentes áreas do conhecimento humano. Diversas concepções foram construídas ao longo do tempo.

A tradicional concepção de saúde que a define como ausência de doença apresenta-se limitada. Surgem então, concepções mais amplas como a que preconiza que saúde e a doença não são estádios estanques e isolados e passam a fazer parte de um mesmo processo. Processo aqui é entendido como “o conjunto de relações e variáveis que produz e condiciona o estado de saúde e doença de uma população, que se modifica em diversos momentos históricos e do desenvolvimento científico da humanidade” (ALMEIDA, 1998, p.37).

A Constituição Federal de 1988 anuncia a nova concepção de saúde, entendida em sentido mais amplo, como um bem comum, um direito social, um componente da qualidade de vida.

Um exemplo encontra-se no artigo 196 que diz: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 14).

Corroborando com esse pressuposto a Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990 ao prever o dever do Estado:

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doença e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, famílias, das empresas e da sociedade (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

A Organização Mundial da Saúde procurou contemplar essa visão quando definiu saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência da doença ou enfermidade (*Apud* LIMA, 1996, p. 7).

Etimologicamente a palavra saúde vem do latim *salus* que se refere ao atributo principal dos inteiros, intactos, íntegros. No entanto, de acordo com Almeida Filho (2000), pode ter se originado também da palavra latina *salvus* que denota a superação de ameaças à integridade física dos sujeitos.

Toda teoria sobre doença mental e seu tratamento está comprometida com uma certa forma de encarar a loucura que acaba por dizer respeito às crenças e valores sociais imperantes na sociedade. Está, portanto, implicada numa escolha política e ética.

Atrelado à concepção de saúde está o modelo de intervenção utilizado para atender a população. Para Mendes (2000, p. 5), dentro dessa concepção de saúde está "a noção de que não é a ação individual nem sobre o indivíduo que elevará o nível de saúde das pessoas". As comunidades também têm parcela de responsabilidade na conservação e promoção de sua própria saúde, e deve instrumentalizar-se para poder exercer tal responsabilidade.

Ainda com relação ao conceito de saúde, a Política Nacional de Saúde diz que ele está em construção, pois depende de valores sociais, culturais subjetivos e históricos. Acentua, porém que trata de uma relação harmoniosa que oportuniza ao homem uma vida com qualidade, dependendo de um melhor conhecimento e aceitação de si mesmo, de relações mais solidárias, do respeito à natureza e responsabilidade ecológica e de relações cidadãos com o Estado, na perspectiva positiva para a vida e para o futuro. O significado dessas relações é a construção da

saúde num sentido mais amplo, que inclui a luta contra todas as desigualdades, e construção de cidadanias e da constituição de sujeitos (VEIGA, 2007).

Como a saúde mental é o foco deste trabalho, expõe-se a seguir, o entendimento de saúde mental trazido por vários autores e pela legislação brasileira.

2.1 ASPECTOS CONCEITUAIS SOBRE A LOUCURA

O conceito de loucura tem sido diferenciado de acordo com os momentos históricos vividos pelo homem, seus valores, crenças e costumes. Portanto, não existe um conceito pronto e acabado como será visto ao longo deste texto.

“A loucura tem sido uma companheira inseparável do homem ao longo de todo o seu trajeto conhecido pela história” afirmava Erasmo de Rotherdam no “Elogio da Loucura” em 1509 (RESENDE 1987.p 20).

Figura 1 - Capa Revista Radis Comunicação e Saúde



Fonte: Revista Radis Comunicação e Saúde

Figura 2 - Revista Radis Comunicação e Saúde



Fonte: Revista Radis Comunicação e Saúde – Outubro de 2005.

Embora a loucura exista desde que se tem conhecimento da existência do homem, a idéia do louco como um problema social e a necessidade de instituições para controlá-la não estiveram presentes em todos os momentos da história. Nas sociedades pré-capitalistas os loucos viviam soltos e eram absorvidos pela comunidade em que viviam. Havia atividade para todos, e assim, eles se inseriam nas tarefas de acordo com suas características e possibilidades.

No início da Idade Média, sua voz já se encontrava "abafada, nem valorizada, nem importante". A eles era negado até o direito da comunhão na missa (ALMEIDA FILHO, 1987, p. 78).

Segundo Amarante (1996, p. 40), os loucos eram percebidos "pelo senso comum como a parcela violenta e perigosa" da população, e por isso, mantidos isolados e, até mesmo, acorrentados, por causa de sua periculosidade.

Resende (1987, p. 23) situa a loucura como problema social a partir do século XV, com o início da manufatura, que rompeu com a liberdade individual, tornando o

homem vigiado, subordinado e racionalizado, fatos que “até aquele momento só era conhecido nos presídios e nas casas de correção...”.

Com a premissa de que o isolamento poderia funcionar como terapia aumentou-se as casas de internação. No entanto, ao invés disso, o crescimento dessas casas manteve um tratamento desumano para com as pessoas que apresentavam desvio de comportamento, chegando a generalizar a exclusão social como o modo adequado de tratar. Era um ato imposto, do qual os próprios interessados não podiam fugir. Interessante notar, porém que o isolamento era apenas da sociedade, pois nos hospícios, os doentes tinham aproximações uns com os outros (AMARANTE, 1996).

Assim, ao longo da história da humanidade a loucura recebeu diferentes explicações e tratamentos, mas tendo como premissa um rompimento com a racionalidade. Segundo o citado autor (op. cit, p. 42), esse rompimento “se expressa por meio de determinados sinais, precisos e constantes, pode ser então classificada e agrupada, de acordo com suas aproximações e distanciamentos, em classes, gêneros e espécies...”.

A expressão da loucura e a maneira como é abordada está relacionada com a forma de organização das sociedades. A compreensão e o tratamento da doença mental dependem da relação existente entre a sociedade e a loucura, estando, portanto, historicamente condicionada (SANTOS, 1994, p. 9).

As políticas públicas refletem as bases dessa relação nos diferentes períodos históricos. Para cada momento histórico há uma expectativa de homem. Aos desviantes desse padrão são aplicadas diferentes formas de repressão, em que a prisão e o hospício desempenham papéis similares (RESENDE, 1987).

Até a Declaração Universal dos Direitos Humanos, em 1948, qualquer pessoa poderia ser internada em um hospício. A partir daí, tal internação recebeu um objetivo mais específico, qual seja a de se constituir em uma ação terapêutica, cabendo ao médico prescrevê-la (AMARANTE, 1996).

Segundo Franco Basaglia, fundador do movimento da psiquiatria democrática em 1973, “a luta contra os hospitais psiquiátricos está intimamente ligada à luta de classes, e a loucura não é uma consequência direta da natureza, mas sim, histórico-social” (SANTOS, 1994, p. 22). Amarante (1996) complementa o pensamento ao dizer que a relação entre o louco e seus cuidadores era a de servo-senhor, tal como ocorria no mundo do trabalho.

Para Basaglia, a internação constituía-se, na verdade, como um ato violento, pois além de não curar e de manter prisioneiras as pessoas ali internadas, destruía o saber psiquiátrico. Assim, a própria internação se constituía em um problema ou “como algo a impor novos sofrimentos e alienação, e não como solução terapêutica para a enfermidade mental” (AMARANTE, op. cit., p. 88).

Nessa linha de pensamento, Amarante (op. cit., p. 81) afirma que “a realidade manicomial, (...) vem demonstrar que o que se exercita sobre a doença objetivada é mais um ato de violência que um ato de cura ou libertação”. A pretensão de Basaglia, segundo o autor, era proporcionar um espaço real para que o doente pudesse ter chances de reabilitação e encontrar uma forma, dentro da Psiquiatria, de atender ao sofrimento de determinada população, a dos doentes mentais.

Todavia, a sociedade é feita de valores e atitudes e em relação ao que é considerado louco, tais valores e atitudes a levaram ao estranhamento com a consequente exclusão. O louco é o diferente, o que não se encaixa nos padrões ditados pela sociedade.

Falar desse estranhamento, sob a dimensão da negatividade, é colocar o diferente no lugar do entorno. Foucault (1996, p. 12) faz uma analogia que retrata muito bem o espaço a que se destina o louco. Diz ele: “sua exclusão deve encerrá-lo [...] se ele não pode e não deve ter outra prisão que o próprio limiar, seguram-no no lugar de passagem. Ele é colocado no interior do exterior, e inversamente”.

O tratamento dado à loucura faz parte das políticas públicas e sociais dos governos. Um histórico sobre esse tratamento no Brasil, compõe o texto a seguir.

2.2. SAÚDE MENTAL NO BRASIL

O tratamento dado à doença mental no Brasil tem sofrido modificações em sua organização, motivo de elaboração de leis, estudos e discussões sobre a melhor forma de ser conduzido, mas sem conseguir sustentar-se em parâmetros que realmente trouxessem soluções.

Para Resende (1987, p.17) a assistência ao doente mental no Brasil “é, antes de tudo, uma crônica de desencontros, propostas e práticas concretas nem sempre caminhando lado a lado, mesmo quando seus autores eram titulares reconhecidos da instituição psiquiátrica e protagonistas de prestígio da cena política do poder”.

Tido como um problema social, em sua organização inicial, sofreu influência européia, como relata o autor supra citado (op. cit., p.18): “as circunstâncias que determinaram a emergência do louco enquanto problema social e trouxeram consigo a necessidade de instituições para controlá-lo no Brasil do século XIX e na Europa do século XVI foram, guardadas as peculiaridades locais e a defasagem no tempo, bastante semelhantes entre si”.

A própria prática da Medicina demorou muito tempo para ser encarada numa perspectiva social. Somente a partir das décadas de 30 e 40 pode-se dizer que as

responsabilidades médicas foram definidas como prática social, como informa Silva Filho (1987).

No que se refere à assistência os hospícios “exerciam um papel orientador da assistência psiquiátrica, consolidando a política macro-hospitalar pública como o principal instrumento de intervenção sobre a doença mental (PAULIN, 2004, p. 3). Mas a exclusão foi a tônica dominante, como relata Resende:

... a exclusão é a tendência central da assistência psiquiátrica brasileira, desde seus primórdios até os dias de hoje, o grande e sólido tronco de uma árvore que, se deu e perdeu ramos ao longo de sua vida e ao sabor das imposições dos diversos momentos históricos, jamais fletiu ao ataque dos seus contestadores e reformadores” (RESENDE, 1987, p. 36).

Não houve, portanto, verdadeiro progresso, mas apenas, “uma monótona sucessão de volteios em torno desse tema central...”, diz ainda o autor (op. cit. p. 36).

Santos (1994) corrobora com a idéia de Resende ao afirmar que na história da saúde mental no Brasil, houve diversas tentativas e propostas de reorientação da assistência psiquiátrica, qualificadas por ele de “novas, mas antigas.” O que se constata mesmo, é que poucas mudanças ocorreram, perdurando o modelo de exclusão do doente mental.

A reclusão e os maus tratos estiveram sempre presentes, desde os asilos, hospícios e os hospitais psiquiátricos até mesmo quando a psiquiatria teve a pretensão de chegar às comunidades. “No hospício, todas as pessoas tornam-se iguais, são objetivadas, não importam suas histórias, culturas, sofrimentos”, afirma Amarante (1996, p. 85).

O atendimento aos transtornos psíquicos chega ao século XXI com a aprovação da Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil e com mostras de dificuldade da sociedade para libertar-se da lógica da exclusão e da negação dos direitos de

cidadão dos portadores desses transtornos. Por trás de um discurso inovador, perpetuam-se, muitas vezes, práticas de discriminação, de preconceito e violência encobertos pela máscara da ressocialização, do uso de novas terminologias, da inovação científica, de descobertas sobre o funcionamento cerebral pela neurociência relacionado aos transtornos mentais.

Um passeio pela História mostrará como as doenças mentais foram tratadas no Brasil.

2.2.1 Período de 1850 a 1900

O período imperial no Brasil caracterizou-se por uma economia baseada no trabalho escravo. Em decorrência disso, tanto no Brasil como em outros países onde havia a utilização do negro como mão-de-obra escrava, o trabalho era visto como coisa de escravos, tendo um tom pejorativo e desabonador. Pessoas livres envolvidas com qualquer atividade laborativa não eram bem vistas.

As cidades eram povoadas por reduzido número de habitantes. A vida social era composta num extremo pelos senhores e proprietários que eram a minoria e no outro, pelos escravos, que eram a maioria da população. Entre estes havia uma parcela composta por pessoas que não pertenciam a nenhuma das duas camadas: eram os andarilhos, mendigos, pessoas sem trabalho definido. A pressão social para manter essas pessoas longe dos demais sempre existiu.

Os cuidados oferecidos aos loucos ricos e pobres eram diferentes: os ricos eram mantidos em casa, em ambientes fechados, preparados conforme cada caso. Os pobres eram recolhidos em porões e asilos e ficavam sob os “cuidados” de religiosas, guardas e carcereiros.

Soma-se à demanda social para tirar os loucos das ruas, uma demanda dos médicos e intelectuais que criticavam tanto o tratamento dado nos asilos como também, a presença dos loucos andando livremente pelas cidades e campos (SANTOS, 1994).

O processo de urbanização, que se acelerou no século XIX, fez com que se proliferassem os cortiços e as favelas, provocando o aparecimento de doenças infecciosas e surtos de epidemia, necessitando dos médicos disponíveis. Com isso, pessoas acometidas de doença mental ficavam destinadas aos cuidados de freiras e “asilos provisórios despovoados de médicos” e com soluções amadoras (RESENDE, 1987. p. 42).

A necessidade de um atendimento a essa população era premente. Para responder a essa “necessidade” da sociedade, foi inaugurado o primeiro hospício brasileiro no Rio de Janeiro em 1852, constituindo-se como um espaço de habitação da loucura, como informa Resende (1987).

Com capacidade para 350 pacientes, esse primeiro hospício recebeu pacientes de todo o império, e foi inaugurado pelo próprio Imperador D. Pedro II, dele recebendo o nome. Esse ato é considerado pela maioria dos autores como o marco institucional da assistência psiquiátrica brasileira. Logo após o primeiro ano de funcionamento já se encontrava com a lotação completa. Essa foi uma característica de todos os hospícios que foram abertos na sequência: em curto espaço de tempo encontravam-se lotados e reiniciavam-se os pedidos por mais verbas e mais hospitais (RESENDE, 1987).

A assistência aos “alienados”, termo utilizado institucionalmente, era feita pela Saúde Pública com o auxílio da Psiquiatria, como uma maneira “de sanear a cidade”

(RESENDE, 1987, p. 45). Assim, a Psiquiatria atuava praticamente como mais um dos aparelhos do Estado.

Com a proclamação da Primeira República e a separação entre Igreja e Estado abriu-se a possibilidade de passar a direção das instituições psiquiátricas para os médicos e a psiquiatria leiga foi transformando-se na Psiquiatria Médica.

A abolição da escravatura e a vinda de imigrantes fizeram com que o Brasil se consolidasse como um modelo agro-exportador brasileiro, ocorrendo então, um processo de formação de núcleos urbanos maiores e mais complexos que os do período anterior. Organizados de acordo com o modo de produção capitalista, cuja existência “incide nos esquemas de ação, nos gestos, nos sentimentos, nos afetos, dentre outros aspectos”, surgem com as contradições inerentes ao modelo. (ALVERGA e DIMENSTEIN, 2006, p. 7). Para manter este sistema era necessária, além do fortalecimento da exclusão, a recuperação dos excluídos para que retornassem ou ingressassem no trabalho produtivo. Havia agora a necessidade da mão-de-obra dos loucos.

O período seguinte não apresentou muita diferença, como pode ser visto a seguir.

2.2.2 Período de 1901 a 1930

Em 1900, a abordagem da saúde pública no Brasil era a do saneamento. Foi o período das vacinas obrigatórias e das buscas policiais por focos de infecção, para reduzir as mortes da população, o que significava para a economia, uma “baixa” na quantidade de mão-de-obra no país. Nesse contexto, a psiquiatria teve como tarefa, agir sobre “os focos de desordem”, sobre os sem trabalho, sobre os trabalhadores e os maltrapilhos. “Sua ação específica era a de recolher as sobras humanas do incipiente modo de produção capitalista, trancá-los nos hospícios e se possível, recuperá-los ajustando-os ao trabalho e ao novo modo de produção” (SANTOS, 1994, p. 32).

O trabalho desabonador e pejorativo do período da escravidão agora enobrecia o homem. Assim, segundo Santos (1994), a psiquiatria utilizou-se do trabalho e do não-trabalho como mais um parâmetro para estabelecer os limites do normal e anormal.

O trabalho passou então, a ser utilizado como uma modalidade de tratamento dentro dos hospícios. Foi nesse período que surgiu em todo o país os hospícios-colônias, construídos em lugares afastados das cidades, na tentativa de reproduzir o ambiente rural, e com os doentes desempenhando atividades laborativas.

A criação dos hospícios-colônias tinha como justificativa implícita e explícita a redução dos gastos públicos com os “vadios” que perambulavam pelas cidades. Além disso, o trabalho dos próprios doentes nos hospícios fazia com que as instituições se tornassem auto-sustentáveis, além de se situar como uma forma de tratamento e recuperação da mão-de-obra para a manutenção do modelo capitalista.

Por isso, ocorreu um aumento significativo do número de hospícios-colônias no país. No entanto, não se conseguia recuperar o doente para o trabalho, pois ao

voltarem para a cidade, encontravam uma realidade muito diferente daquela experimentada nos hospícios, cujas exigências eram mais complexas. Com isso, o hospício ficou reduzido à função de retirar da sociedade os alienados. Mas mesmo com essa limitação, havia uma forte pressão para que se criassem mais instituições do gênero. A psiquiatria, que tinha surgido com o intuito de resolver o problema da doença mental, contribuía paradoxalmente para o aumento continuado da população doente.

Ressalta-se que a assistência a essa população era eminentemente pública, assim se constituindo até a primeira metade do século XX. Havia poucos hospitais privados que funcionavam de forma independente da política oficial.

Em 1923 foi criada a Liga Brasileira de Higiene Mental que inicialmente teve como função, a ampliação dos hospícios e a prática de medidas de higiene mental nessas instituições. Num segundo momento, atuou com base na concepção eugênica, inspirada na psiquiatria alemã (organicista), tendência que buscava o aprimoramento da raça brasileira. Sobre isso diz Macedo (*apud* SANTOS, 1994, p. 39): “A sua política procurava criar um indivíduo ‘mentalmente são’: em sua ótica, tal indivíduo deveria ser ‘branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal”.

Com o discurso da eugenia que conferia à inferioridade da raça o motivo da exclusão daqueles que se constituíam como obstáculo ao desenvolvimento do país, pretendia-se encobrir a contradição entre capital e trabalho, transferindo para o campo da biologia as contradições sociais (SANTOS, 1994).

Na tentativa de manter a ordem social, a Liga Brasileira de Higiene Mental manteve estreitas relações com a polícia.

No período subsequente, não houve muita transformação nas políticas públicas voltadas para a área da saúde mental, mas foi fundamental para as mudanças que se seguiriam a ele.

2.2.3 Período de 1931 a 1960

As políticas voltadas para a área da saúde têm recebido um tratamento diferenciado das autoridades governamentais brasileiras. Assim, neste período não foi diferente. As políticas públicas são implementadas por meio de decretos, como se relata a seguir.

Santos (op. cit) relata que em 1930, Getúlio Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública e instituiu várias medidas por meio de decretos. Para o tratamento dos doentes mentais, a principal delas foi feita pelo decreto 24559 de 03/07/1934 que dispôs sobre a profilaxia mental, assistência e proteção à pessoa e aos bens dos psicopatas, bem como a fiscalização dos serviços.

Para o autor, essa é a mais ampla lei sobre doença mental já criada no Brasil. O conteúdo do decreto revelou a abordagem dada à doença mental na década de 30, qual seja: “A doença mental é caso de polícia e de ordem pública; o doente mental perde os direitos de cidadão; a psiquiatria contribui para a criação e manutenção da ideologia dominante” (SANTOS, 1994, p. 43).

Ainda de acordo com o autor, na década de 30 a psiquiatria tinha a sua formação básica nos hospícios. A partir daí ela começou a ocorrer nas universidades. Os hospícios continuavam como depósitos, onde se realizavam os experimentos para tratamento da doença mental como malarioterapia, psicocirurgia, insulinoaterapia e eletro convulsoterapia.

Os primeiros ambulatórios criados no Brasil, em 1938, foram mantidos pelo Instituto de Previdência e Assistência ao Servidor do Estado. Em 1941 foi criado o Serviço Nacional de Doenças Mentais SNDM – mas que teve seu regulamento aprovado apenas em 1944. Esse órgão passou a gerir toda a política de doença mental no país.

No final dos anos 40 ocorreu o início do processo de industrialização do Brasil. Isso fez aumentar a população que apresentava sinais de doença mental, pois já em 1950, os internados em todo o país chegavam ao número de 24.234; em 1955 passou para 34.550; e em 1960 chegou a 49.173.

Segundo Santos (1994) esse aumento se deve principalmente a três fatores: o crescimento populacional, a má distribuição de renda e os novos princípios que embasavam o conhecimento psiquiátrico, o da psiquiatria preventiva / comunitária.

No Brasil, esses princípios foram entendidos como uma forma conveniente para as necessidades do modelo econômico a ser implantado. Prevenção significa agir antes, isto é, agir antes de a doença instalar-se. A psiquiatria brasileira, no lugar de propostas alternativas para o tratamento, “entendeu” a prevenção como a reclusão, antes mesmo dos sintomas se instalarem. Assim, prevenir era ir à comunidade detectar grupos de risco, pessoas suspeitas de desenvolverem transtornos mentais jogando-as nos hospícios. Paradoxalmente, foi a atuação preventiva que teve como consequência o aumento do número de internos nos hospitais.

No movimento de prevenção a Psiquiatria, primeira das especialidades médicas (com o nome de medicina mental), passou a atuar tanto dentro como fora dos hospícios, mas agora, com mais um aliado – os psicofármacos –, “também conhecidos como ‘camisas de força química’” (SANTOS, 1994, p. 42).

Em 1953 foi criado o Ministério da Saúde que englobou o SNDM – Serviço Nacional de Doenças Mentais, instalado em 1941. Nos Estados Unidos, em 1963, foi lançado o Programa Nacional de Saúde Mental, que contribuiu para justificar a incorporação do discurso preventivista no Brasil.

A década de 50 foi marcada por acontecimentos significativos na área da saúde mental, como o início do uso das drogas antipsicóticas. Embora criticada por muitos e chamada de camisa de força química, essa modalidade veio determinar possibilidades de mudanças na assistência ao doente mental.

No cenário internacional, houve a recomendação da Organização Mundial da Saúde - OMS - para que os países investissem em ações de saúde mental. Vários movimentos passaram a se organizar em torno da assistência à saúde mental, como o da medicina preventiva nos Estados Unidos (sob a égide de que diminuiriam os gastos com a doença); o da antipsiquiatria e o movimento da psiquiatria democrática, liderado por Franco Basaglia na Itália (ALMEIDA FILHO, 1987). Segundo Santos (1994) o movimento da psiquiatria preventiva /comunitária emergente nos EUA foi o que mais influenciou a psiquiatria brasileira na época.

Também foi na década de 50 que a doença mental começou a merecer assistência médica previdenciária, mas ainda incipiente. Segundo Silva Filho (1987), essa demora era devida a insuficiente competência da Psiquiatria em tratar a doença.

Assim, conforme Padrão (1992), o Brasil tornou-se então, um dos maiores parques manicomiais do mundo, apoiado pela sociedade, pela comunidade médica e pela legislação psiquiátrica.

No período seguinte começaram os movimentos que fariam eclodir as principais mudanças efetuadas na área da saúde mental.

2.2.4 Período de 1961 a 1980

O ano de 1960 foi proclamado como Ano Internacional da Saúde Mental, demonstrando a preocupação dos povos para com o problema.

Em 1967 os institutos de aposentadoria e pensão, criados para atender diferentes categorias profissionais (como os dos comerciários e industriários) foram unificados num só – o INPS - Instituto Nacional de Previdência Social. No entanto, a política voltada para a saúde mental continuava sendo a de exclusão, como informam Vianna e Barros (2005).

Essa foi a década do regime militar e conhecida como o período do milagre econômico. O Estado tinha como lema a segurança e o desenvolvimento. O uso do hospital psiquiátrico para reprimir pessoas ligadas ao movimento de resistência ao golpe militar continuava a superlotá-los. Na área da saúde como um todo foi o período de incentivo à privatização, como informa Santos (1994, p. 58): “Não foi ao acaso que o número de internações nos hospitais psiquiátricos apenas por ‘neurose’, passasse de 5.186 em 1965, para 18.932 em 1970, desses, 3.166 em hospitais públicos e 15.766 em particulares”.

Apesar da existência de movimentos em prol da melhoria da saúde, “a condução das políticas públicas de saúde (...) reproduziram os mesmos padrões de administração existentes durante o regime militar”. Com isso, aumentaram-se os problemas e não foram apresentadas soluções (AMARANTE, 1992, p. 89).

Mesmo assim, pode-se constatar a presença da área psiquiátrica para tratar da saúde mental, adquirindo o *status* de prática assistencial de massa, com as funções terapêuticas e algumas no âmbito das políticas administrativas. As funções político-administrativas são resumidas por Resende em quatro grupos, quais sejam:

... curar, produzir, normatizar e controlar, ou, descendo a nível maior de detalhamento, poderíamos listar: a) curar, b) recuperar a força de trabalho, c) abrir e criar novas fontes de trabalho para o pessoal da saúde mental, d) auto-reproduzir o próprio sistema de assistência e de setores da economia a ele ligados: hospitais, indústria de medicamentos, etc.; e) ideologizar as relações sociais, conferindo, desta forma, racionalidade à irracionalidade do sistema, f) dar um lugar aos desviados, excluindo-os, g) difundir e inculcar normas de comportamento visando homogeneizar as diferenças individuais (RESENDE, 1987, p. 60).

Com isso, as internações sofreram um elevado aumento, chegando a configurar um quadro de neurose coletiva. A esse respeito, Santos informa que:

... em 1977, o número de internações por 'neurose' em hospitais psiquiátricos subvencionados pelo INPS chegou a 200.000. Este salto no número de internações não se deu apenas sob a alegação de 'neurose'. O incremento ocorreu em relação aos 'doentes mentais' em geral, chegando esta população a aumentar, no período de 1950 a 1970, ou seja, em vinte anos, 213%, enquanto a população geral do país cresceu neste mesmo período, 82% (SANTOS, 1994, p. 58-9).

O quadro era assustador. Superlotação, escassos recursos humanos, precárias condições sanitárias e estruturais, denúncias de maus tratos e violência física era a caracterização da assistência aos internados nas instituições de atendimento psiquiátrico (YASUI, 1999).

Enquanto o SNDM tinha um discurso a favor da prevenção, o número de hospitais particulares aumentava rapidamente, como informa ainda Santos (op. cit., p. 61): "Assim, o período de 1965 a 1970, com uma incipiente rede ambulatorial, que serviu para a captação de pacientes para a hospitalização, foi marcado pelo fenômeno do afluxo maciço dos doentes para os hospitais da rede privada, passando esta população de aproximadamente 14.000 em 1965 para 30.000 em 1970".

De acordo com Delgado (1987, p. 173) nessa década, os psiquiatras assistiram passivamente "a construção de um aparato assistencial fortemente determinado pela expansão de leitos financiados pelo Governo, caracterizando uma situação de comercialização da doença mental cuja intensidade não encontra paralelo em outros países".

A criação do INPS, em 1966, que só foi efetivada em 1967 é uma prova dessa comercialização, pois garantiu emprego para muitos profissionais da área sem, no entanto, apresentar soluções. Essa criação foi resultado da unificação dos IAPs – Instituto de Aposentadoria e Pensões, o que permitiu uma uniformização dos institutos existentes (BAPTISTA, 2005). O Ministério da Saúde investiu em campanhas de saúde pública e a direção do SNDM implementou a campanha nacional de saúde mental. O regime militar então implantado destacava em seu discurso psiquiátrico oficial, os termos planejar, prevenir e intensificar.

No entanto, o resultado foi “um sistema hospitalocêntrico oneroso e ineficiente, responsável pela institucionalização de cerca de trinta mil moradores vivendo em regime custodial e condições subumanas, afrontando a cidadania dos brasileiros que necessitam de alguma atenção à sua saúde mental” (PADRÃO (1992), p. 12).

Em 1973 foi aprovado o Manual de Serviço para a Assistência Psiquiátrica, como resultado da atuação dos grupos de trabalho instituídos pela Secretaria de Assistência Médica do INPS, para estudar as bases de uma reformulação da assistência na área. Esse manual continha os princípios da psiquiatria preventivista: formação de equipes multiprofissionais, recursos técnicos extra-hospitalares, prevenção primária, secundária e terciária. O que se observou, no entanto, foram hospitais públicos com clientela formada pela parcela da população excluída do processo produtivo.

Apesar do caráter preventivo, o trabalho propriamente dito não produziu qualquer impacto sobre a segregação das pessoas portadoras de doenças mentais, “sobre o bem-estar dos pacientes e as curvas de prevalência e incidência”, como informa Delgado (1992, p. 82).

Segundo Santos (op. cit., p. 66) “Os ambulatorios - peça fundamental do processo de internação do doente - empenharam-se em limitar o número de internações, baixando em alguns estados de 36%, no período de 65 a 70, para 12% já na segunda metade da década de 70”.

No início dos anos 70, com o processo de repressão política, aumentou o número de prisões e diminuiu o das internações psiquiátricas. Embora os estados buscassem estratégias para essa redução, pouco foi o êxito e por pouco tempo.

Em setembro de 1970 acabou a SNDM, criando-se a Divisão Nacional de Saúde Mental – DINSAM - com os seguintes setores: 1) Unidade de planejamento; 2) Serviço de Normas e assistência técnica; 3) Coordenação de atividades supletivas.

Nessa década, iniciaram os movimentos populares para uma Reforma Sanitária que, no início, tomou a singela forma de distribuição de remédios. Esses movimentos só conseguiram força suficiente para uma reforma real quando da realização da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Uma Comissão Nacional de Reforma Sanitária constituiu-se no instrumento que influenciaria de forma decisiva, a reformulação das propostas sanitárias no Brasil, absorvidas pela Constituição de 1988 (PEREIRA, 2003).

Embora se falasse em reformulação da assistência ao doente mental, as portarias e decretos continuavam a proliferar. Encontros e acordos entre países aconteciam com essa finalidade, mas a prática oficial continuava a mesma, o modelo de exclusão do doente mental era mantido e os recursos fundamentalmente direcionados ao setor privado. De acordo com Santos (op. cit, p. 69): “em 1978 gastava cerca de 90 a 95% de suas verbas com 351 hospitais conveniados”.

Segundo informam Paulin e Turato (2004), a situação era alarmante, pois se chegava à casa de sete mil internos com um tempo médio de permanência de sete meses e um alto índice de mortalidade.

Em 1974 ocorreu a separação da área da saúde da área da previdência. Vale registrar que antes dessa separação a assistência médica e a da previdência eram de responsabilidade de um mesmo setor. A criação do Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) consolidou essa separação (ALMEIDA, CHIORO e ZIONI, 2001).

O movimento de reforma da assistência à saúde mental, que, apesar de limitado, sem adesão maciça do pessoal da área, teve como ponto de partida o respeito à cidadania das pessoas que se encontravam com doenças mentais (TENÓRIO, 2002).

A contribuição dos movimentos populares em prol da reforma psiquiátrica foi muito importante para as ações que se seguiriam. Como exemplo, cita-se o I Encontro Nacional de Trabalhadores de Saúde Mental, realizado em Florianópolis em 1978, que teve como principal objetivo cobrar do poder público, seu compromisso com a efetivação de uma reforma psiquiátrica que substituísse o tratamento que se dava aos portadores de transtornos mentais (JORNAL DO FEDERAL, 2006).

A portaria interministerial nº 1369, de 1979, redefiniu as bases para uma política de saúde mental e implantou o Sistema Nacional de Saúde, criado pela lei 6229 de 1975 (SANTOS, op. cit).

A década de 1980 traria mudanças efetivas, como uma nova Constituição para o País, como explicita o texto a seguir.

2.2.5 Período de 1981 a 1988

Em 1980 o número de internações continuou aumentando. “Embora se falasse em ampliar os ambulatorios, pouco se fez de concreto até então, dando-se prioridade à contratação de leitos privados, enquanto os ambulatorios serviam apenas como local de triagem para as longas internações nos macro-hospitais de caráter asilar” (SANTOS, op. cit, p. 71)

Nesse mesmo ano elaborou-se as “Diretrizes para a área de Saúde mental”, tendo como base um conceito oficial de transtorno mental, qual seja: “patologia gerada por fatores individuais (genéticos-constitucionais), culturais e sociais que debilitam mentalmente o indivíduo ou alteram suas funções psíquicas”. O principal fator desencadeador dos problemas mentais, segundo o discurso oficial, seria a baixa tolerância à frustração. Assim, esses problemas seriam apenas episódicos e a orientação era a de “reduzir ao máximo as ocorrências dessas patologias, através da cobertura de serviços, hierarquizando os atendimentos, de forma a realizá-los predominantemente em nível de comunidade, compreendendo o tratamento ambulatorial, a semi-internação e a internação em hospitais gerais ou especializados por menor tempo” (SANTOS, 1994, p. 72).

De acordo com Quinto Neto (1992), o processo de internação para resolver os problemas de saúde mental no Brasil, durou aproximadamente 86 anos. Assim, chega-se à década de 80 com um aumento contínuo de pacientes internados.

Em dezembro de 1982, o Conselho Consultivo de Administração de Saúde Previdenciária divulgou o “Programa de Reorientação da Assistência Psiquiátrica previdenciária”.

Em 1985 o DINSAM elaborou a Nova Política Nacional de Saúde Mental, mas os objetivos básicos não sofreram alteração. Continuava-se com a política de

prevenção e o de estender a assistência psiquiátrica para toda a população. O atendimento ambulatorial seria priorizado (SANTOS, op. cit.).

Em 1986, aconteceu a VIII Conferência Nacional de Saúde. “A partir desta conferência, a saúde é definida no contexto histórico de uma determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento” como relata ainda o autor.

No ano de 1987, ocorreu o II Congresso Nacional dos Trabalhadores em Saúde Mental, em Bauru, Estado de São Paulo, questionando profundamente o serviço prestado pelas instituições manicomiais e culminando na primeira manifestação pública no Brasil, pela extinção dos manicômios. Essa manifestação teve como lema “Por uma Sociedade sem Manicômios” e instituiu o Dia Nacional da Luta Antimanicomial (18 de maio). Como resultados realizaram-se “vistorias em instituições psiquiátricas e denúncias de violações aos direitos humanos das pessoas portadoras de sofrimento mental e intervenções nos diferentes fóruns de definições de políticas públicas” (JORNAL DO FEDERAL, 2006, p. 4).

Figura 3 - Dia Nacional da Luta Antimanicomial



Fonte: Revista Radis Comunicação e Saúde – Outubro de 2005.

Nesse contexto, a saúde tornou-se mais abrangente, como “resultado das condições de alimentação, habitação, educação, meio ambiente, renda, emprego, lazer, transporte, etc. A saúde passa a ser vista como resultado das formas de organização social de produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos vários níveis da vida” (SANTOS, op. cit, p. 76).

A referida Conferência trouxe a proposta de reestruturação do Sistema Nacional de Saúde e pediu a criação do Sistema Único de Saúde - SUS, configurando-se enfim, como a separação da saúde e da previdência social.

Como um desdobramento da VIII Conferência de Saúde, que teve como base os mesmos princípios e diretrizes, ocorreu a 1ª Conferência Nacional de Saúde Mental, um dos marcos da história da psiquiatria brasileira. Entre as propostas aprovadas estava o resgate da cidadania do doente mental e a revisão e reformulação da legislação relativa à saúde mental, bases da Reforma Psiquiátrica.

Ao apresentar o desenvolvimento das políticas públicas em saúde mental, Santos (1987) a divide em quatro momentos: (1) desenvolvimento do modelo de gestão asilar da loucura; (2) desenvolvimento da política de privatização da assistência ao louco; (3) ação psiquiátrica baseada no modelo preventivista e da ação comunitária; e (4) início da política de desospitalização da loucura, com o conseqüente acréscimo das instituições extra-hospitalares.

Estava chegando o momento da assistência à saúde mental sofrer modificações que não incluíssem a ruptura do doente com a sua vida social e familiar. Surgiram então, as primeiras instituições nesses moldes, os CAPS, em São Paulo, no ano de 1987, tendo o objetivo de possibilitar “a construção de uma rede de cuidados efetivamente substitutiva ao hospital psiquiátrico”, no que logo foi seguido por outros estados (DELGADO et al, 2007. p. 40).

Dentre os marcos conceituais desse processo pode-se destacar o respeito à cidadania e a ênfase na atenção integral, em que o processo saúde/doença mental é entendido dentro de uma relação com a qualidade de vida.

Os anos seguintes, expostos na seqüência, seriam capitais para a efetivação das mudanças.

2.2.6 Período de 1989 aos dias atuais (2007)

Como dito anteriormente, no ano de 1988 entrou em vigor uma nova Constituição no Brasil. De acordo com Almeida, Chioro e Zioni (2001), essa Constituição incorporou novos conceitos e novos princípios para a organização da saúde, entendida agora, numa perspectiva de articulação de políticas econômicas e sociais.

Também entrou em vigor um novo sistema de saúde, tendo como premissas, ser público, universal, igualitário, regionalizado, descentralizado e hierarquizado – o Sistema Único de Saúde – SUS. Foi instituído pelas Leis Federais nºs 8.080/1990 e 8.142/1990 que, de acordo com Baptista (2005, p. 32), foi inserido “em um contexto mais amplo da política pública – a seguridade social – que abrange além das políticas de saúde, as políticas de previdência e assistência social”.

No âmbito da saúde mental, o final dos anos 80 foi caracterizado pela incrementação da política de desospitalização do doente mental. Para dar conta dessa nova política, houve um incremento no número de ambulatórios e de outros instrumentos para a área.

Santos (op. cit., p. 79) informa que além do número de ambulatórios, houve acréscimo de “enfermarias, emergências e leitos psiquiátricos em hospitais gerais, centros de atenção psicossocial, hospital-dia, lares protegidos e outras instituições – públicas e privadas – que atuam nestas áreas visando à superação da psiquiatria clássica...”.

A base para essa transformação vinha do novo entendimento sobre a doença mental, isto é, “a desconstrução do conceito de desvio, normalidade-anormalidade, desajustamento e personalidade psicopática, que contém não apenas uma análise

epistemológica, mas uma crítica social ao lidar social e político com os mesmos” (AMARANTE, 1996.p. 91).

Assim, o doente mental passava a ser visto como um ser social, não mais sob a perspectiva da violência, mas da tolerância, não da exclusão social, mas de sua inclusão no espaço social.

A Lei Federal de nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispôs sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, incluiu entre seus artigos a saúde mental, como forma de “garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar...” (Parágrafo Único do Art, 3º) (RIO GRANDE DO SUL, 2000, p. 22).

Como resultado dessa Lei, foi instituída uma rede de atenção à saúde mental, regulada e organizada pelo SUS, mas regionalizada. Essa rede foi composta pelos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS, pelos Serviços Residenciais Terapêuticos – SRTs, por centros de conveniência, ambulatorios de saúde mental e hospitais gerais, todos caracterizados essencialmente como públicos e de base municipal (DELGADO et al, 2007).

Para exemplificar, os CAPS foram constituídos, segundo Yasui (1999, p.102) por profissionais da rede pública, mas com “um forte desejo de transformar os modelos de atenção em saúde mental”.

Uma conferência realizada em Caracas, em 1990, que reuniu organizações, associações, autoridades de saúde, profissionais de saúde mental, legisladores e juristas, teve o objetivo de defender a reestruturação da assistência psiquiátrica, declarando a necessidade da promoção de modelos alternativos para a assistência em saúde mental, centrados na comunidade e dentro de suas redes sociais (BRASIL, 2004).

As políticas públicas voltadas para a área, consideraram a saúde “como um processo e não como ausência de doença, na perspectiva de produção de qualidade de vida, enfatizando ações integrais e promocionais de saúde” (BRASIL, 2002, p. 23).

Finalmente, depois de 12 anos de tramitação do Projeto de lei Paulo Delgado, finalmente, em 6 de Abril de 2001 foi aprovado como a Lei da Reforma Psiquiátrica no Brasil, lei nº 10.216. Essa lei segue a diretriz da OMS de garantir o tratamento aos pacientes, sem necessidade de internamento. Neste mesmo ano realiza-se em Brasília a III Conferência de Saúde Mental, tendo como título sugerido pela OMS, “Cuidar sim, excluir não”. Nesta conferência passa-se à discussão da reorientação do modelo assistencial, recursos humanos e financiamento, direitos e cidadania, o que será visto a seguir, com mais detalhes.

2.2.7 A III Conferência Nacional de Saúde Mental

Os trabalhadores da saúde, de um modo geral e os da saúde mental, mais especificamente, demonstraram sua preocupação com a mudança no tratamento dado às pessoas portadoras de transtornos mentais, ao participarem ativamente da III Conferência Nacional de Saúde Mental, ocorrida em dezembro de 2001, em Brasília.

A constatação, segundo Amarante (1992), foi a de que as denúncias e as críticas às políticas oficiais de saúde mental já não bastavam. Como resultados dessa constatação elaboraram mais de 500 propostas, das quais destacam-se:

Regulamentação imediata da Lei nº 10.216-01 (Lei Nacional da Reforma Psiquiátrica), para garantir assistência aos portadores de sofrimento mental em serviços abertos, prescindindo efetivamente do hospital psiquiátrico...

Exigir que a política de saúde mental tenha caráter efetivamente público, e garantir que o setor público de saúde (SUS), nas três esferas de governo, assuma, gradativamente, todos

os procedimentos dados aos portadores de sofrimento mental, de modo que todos os serviços da rede substitutiva ao manicômio sejam essencialmente/estritamente públicos.

Garantir a consolidação do novo modelo assistencial através da municipalização e que a Reforma na área de Saúde Mental seja prioridade na agenda municipal de saúde. Garantir, também que a municipalização seja norteada pelos princípios públicos da legalidade, moralidade, eficiência, impessoalidade e participação.

Garantir o desenvolvimento de estratégias diversas de ofertas de serviços de saúde mental pautadas nas possibilidades dos indivíduos, das famílias e dos serviços, para prestar cuidados e não apenas na identificação de 'patologias' (BRASIL, 2002, p. 24-5).

Figura 4 - Banner de divulgação da III Conferência Nacional de Saúde Mental



Fonte: Revista Radis Comunicação e Saúde – Outubro de 2005.

Para consolidar o processo de municipalização, em 1996, foi editada a Norma Operacional Básica NOB 01/96, que introduziu alterações no tratamento especial para as ações básicas de saúde e estabeleceu apenas dois sistemas de descentralização para a municipalização do sistema: a Gestão Plena da Atenção Básica e a Gestão Plena do Sistema Municipal. “Na primeira o município recebe recursos para a administração autônoma das ações básicas, e na segunda essa

responsabilidade é ampliada para toda a assistência em ambulatório e hospital” (NEGRI, 2002, p. 17).

Pelo exposto, percebe-se a real intenção de superar o modelo asilar, por meio do redirecionamento dado aos problemas de saúde mental. Isso porque com as orientações advindas da citada Conferência e a tendência à municipalização do tratamento, os indivíduos estariam inseridos em seus lares e na sociedade como um todo, possibilitando-lhes autonomia por meio da criação de centros de capacitação profissional.

Todavia, isso não quer dizer a total ausência da hospitalização dos indivíduos portadores de problemas mentais. O que se pretendeu, foi retirar da vida do doente a exclusão social, o enclausuramento com que ele vinha sendo tratado.

Para dar esse atendimento, seria necessário maior investimento em recursos humanos. Por isso, nos princípios e diretrizes da reforma, constaram a garantia da “capacitação e qualificação continuadas, através da criação de fóruns e dispositivos permanentes de construção teórica, científica, práticas terapêuticas e de intercâmbio entre serviços” (BRASIL, 2002, p. 67).

Quanto aos recursos financeiros, a referida Conferência estabeleceu diretrizes que incluíram o financiamento das ações de saúde mental na Atenção Básica, financiamento dos serviços substitutivos e de novas iniciativas, assim como de ações da assistência farmacêutica (BRASIL, op. cit.).

Também sobre a acessibilidade aos serviços de saúde mental foram estabelecidos princípios e diretrizes, iniciando pela divulgação da existência de recursos públicos para tratamento desses problemas. Tal acesso incluiu a possibilidade dos indivíduos participarem de programas de educação e informação pelos próprios usuários, objetivando acabar com o estigma de que eles são nocivos

para a sociedade. Essa participação, também se adequou aos princípios do direito à cidadania do indivíduo portador de problemas mentais.

Segundo o relatório da citada Conferência, uma das maneiras de garantir a reforma proposta, seria por meio do controle social, que “é a capacidade que tem a sociedade organizada de intervir nas políticas públicas, interagindo com o Estado para o estabelecimento e interesses e na definição das prioridades e metas dos planos de Saúde” (BRASIL, 2002, p. 140).

Os dispositivos do controle social devem ser sempre, “constituídos com a representação dos três segmentos (usuários, familiares e profissionais da saúde), na perspectiva de induzir uma ação de acompanhamento da construção de políticas nacionais e estaduais de saúde mental” (BRASIL, 2002, p. 141).

A Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 ajudou a garantir os direitos dos portadores de problemas mentais referidos na Conferência. Assim reza seu Art. 1º, que elas têm direitos e proteção, independente de “cor, raça, sexo, orientação sexual, religião, opinião política, nacionalidade, idade, família, recursos econômicos e ao grau de gravidade ou tempo de evolução de seu transtorno, ou qualquer outra”. Sobre a internação, o Art. 4º diz que “só será indicada quando os recursos extra-hospitalares se mostrarem insuficientes”. Sobre os manicômios, o § 3º desse mesmo artigo reza: “É vedada a internação de pacientes portadores de transtornos mentais em instituições com características asilares, ou seja, aquelas desprovidas de recursos (...)” (BRASIL, 2004, p. 17-8).

Foi também resultado das diretrizes estabelecidas pela Conferência, a instituição do Programa de Saúde Mental, como parte integrante do SUS, que trata da desospitalização dos doentes mentais. Assim, segundo Tenório (2002), o balanço da década de 90 sobre o direcionamento dado à saúde mental é positivo, pois várias

ações foram efetivadas e consolidadas algumas políticas governamentais para o setor.

2.2.8 Municipalização

A assistência integral ao portador de doenças mentais persistia como objetivo governamental. Nesse aspecto, a já referida 12ª Conferência Nacional de Saúde reforçou a necessidade de municipalização da assistência à saúde mental, garantindo a implantação de CAPS em municípios com população igual ou maior que 40 mil habitantes, viabilizando recursos para o seu funcionamento.

Em 2005, a Conferência Regional para a Reforma dos Serviços de Saúde Mental, reiterou a validade dos princípios da Conferência de Caracas, alguns dos quais já foram antes aqui citados, numa demonstração da seriedade das propostas e do desejo de concluir tal reforma.

Entretanto, segundo Delgado (1992, p. 81), para que essa reforma obtivesse êxito, seria necessário um olhar sobre três aspectos, quais sejam o modelo implantado para o cuidado, a verificação da condição de sujeito atendido, no que se refere aos seus direitos e a “relação loucura/justiça penal”, ancorada nos conceitos fundamentais de periculosidade e inimizabilidade. O primeiro aspecto refere-se ao rearranjo do modelo; o segundo aspecto à existência dos seus direitos; e o último à sua capacidade civil. Para o autor, não basta reformar o modelo de assistência se não forem verificadas as condições do doente em sua autonomia e cidadania.

Na atualidade, não faltam leis, decretos e outros instrumentos voltados para uma política de saúde mental, todos implementados pelo SUS. Também há a orientação sobre a municipalização dos serviços pertinentes à área, no entanto, segundo Vianna e Barros (2005, p. 31), alguns problemas ainda permanecem. Um

deles é a insuficiência de recursos; outro “a insuficiência do controle da prestação feita pelo setor privado e a permanência de um modelo de gestão setorializado”.

Em que pese tais problemas, constata-se que já houve um avanço muito grande na assistência aos doentes mentais, principalmente no que se refere à sua cidadania, pois a sua exclusão da sociedade já não é praticada, abrindo-lhes a possibilidade de autonomia.

O direcionamento para a obtenção da plena cidadania e do resgate dos direitos sociais por meio da prática da reabilitação também já é uma realidade, embora ainda haja muito por ser feito, como informam Alverga e Dimenstein (2006).

O quadro seguinte traz um resumo da assistência à saúde mental ocorrida no Brasil, de acordo com o momento histórico-político em que se encontrava.

Quadro 1 – Assistência à Saúde Mental no Brasil

| Período | Contexto político | Política de Saúde mental | Estrutura organizativa | Retrato da realidade |
|----------------|--|--|---|---|
| 1900 a 1930 | <ul style="list-style-type: none"> - Formação de núcleos urbanos maiores - Vinda de imigrantes | <ul style="list-style-type: none"> - Saúde Pública = abordagem do saneamento. - Psiquiatria= ação sobre focos desordem - Princípio da eugenia - Doença = caso de polícia | <ul style="list-style-type: none"> - Asilos/ Hospícios - Liga Brasileira de Higiene Mental – (influência da psiquiatria nazista) | <ul style="list-style-type: none"> - Medidas de higiene mental - Isolar e recuperar pelo trabalho - Proliferação dos Hospícios-colônias |
| 1930 a 1960 | Getúlio Vargas Juscelino Kubitschek Início da industrialização | Doença mental = caso de polícia e ordem pública Doente mental perde os direitos de cidadão | 1930 - Ministério da Educação e Saúde Pública - Decreto 24559 de 03/07/1934 - 1941-Serviço Nac. de Doença Mental-SNDM - 1953 - Ministério da Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Uso das primeiras drogas antipsicóticas - Primeiros ambulatorios - População internada = 24.234 - Início dos movimentos internacionais - Contínuo aumento do nº. de internamentos |

| Período | Contexto político | Política de Saúde mental | Estrutura organizativa | Retrato da realidade |
|-------------------------|--|--|---|--|
| 1960 a 1980 | <ul style="list-style-type: none"> - Ditadura militar - Rearticulação da sociedade civil - Movimento dos Trabalhadores em Saúde Mental - Movimento da Reforma Sanitária | <ul style="list-style-type: none"> - Psiquiatria preventiva - Campanhas de saúde pública X Campanha Nacional de Saúde Mental - Discurso de reformulação da assistência - Perpetuação do modelo asilar – macro-hospitalar | <ul style="list-style-type: none"> - criação do INPS - Extinção do SNDM - Criação da Divisão Nacional de Saúde mental – DINSAM - "Manual de serviço para a assistência psiquiátrica". - Sistema Nacional de Saúde | <ul style="list-style-type: none"> - Incentivo à privatização- Recursos setor privado. - População total internada = 49.173 - Ambulatórios=função de limitar o número de internamentos. - Aumento da hospitalização |
| 1980- 1990 | <ul style="list-style-type: none"> - Processo de redemocratização do país - Reorganização da sociedade civil. - VIII Conferência Nac. de Saúde - I Conferência Nac. Saúde Mental. - Constituição Federal - SUS | <ul style="list-style-type: none"> - Conceito abrangente de saúde - mobilização popular – reforma sanitária e reforma psiquiátrica - início da política de desospitalização | <ul style="list-style-type: none"> - "Diretrizes para a área da saúde mental". - Projeto de lei Paulo Delgado | <ul style="list-style-type: none"> - Modelo asilar - Ambulatórios=triagem para internação hospitalar - Início do processo de desospitalização. - Projeto de lei Paulo Delgado - Primeiras experiências de CAPS (São Paulo e Santos) |
| 1990 ao período vigente | <ul style="list-style-type: none"> - implementação do modelo neoliberal - II e III Conferência Nacional de Saúde Mental – 1992 e 2001 | <ul style="list-style-type: none"> - Política de redução de leitos e desinstitucionalização - Reestruturação da assistência –rede de serviços extra hospitalares | <ul style="list-style-type: none"> - 1990- regulamentação dos serviços de atenção diária=CAPS e Hospitais-Dia - Primeiras normas para fiscalização e classificação dos hospitais psiquiátricos. - Aprovação da Lei Paulo Delgado em 2001 | <ul style="list-style-type: none"> - Em 1996-nº. leitos psiq= 72.514 - Em 2005-nº leitos psiq= 42.075 - rede de atenção extra-hospitalar como:CAPS - Residências Terapêuticas - Hospital Dia - Pacto pela saúde |

Fonte: Do autor

O conteúdo desse quadro deixa perceber a evolução das políticas voltadas à área da saúde mental e a interrelação existente entre o modelo sócio-político-econômico vigente no país, assim como o discurso oficial e as práticas implementadas.

A Política de Saúde Mental vigente consolida-se no contexto da promulgação da lei 10216 e da III Conferência Nacional de Saúde Mental, adquirindo maior sustentação e visibilidade (DELGADO et al, 2007). É o que será visto no próximo tópico.

2.2.9 Política Nacional de Saúde Mental

As políticas voltadas para a saúde mental, em nível federal, objetivam a inserção social dos portadores de problemas mentais, a expansão e melhoria da qualidade da atenção à saúde mental e a reversão do modelo hospitalocêntrico, intensificando a atenção extra-hospitalar e oportunizando que essa população possa conseguir autonomia em sua própria comunidade.

Tais oportunidades incluem a possibilidade de frequência à escola, a inclusão no mercado de trabalho, a participação na vida da comunidade; a possibilidade do convívio social por meio de relações pessoais e sociais e as relações amorosas.

A Lei Federal 10.216/01, conhecida como a Lei da Reforma Psiquiátrica, redireciona a assistência em saúde mental, privilegiando a oferta de tratamento em serviços de base comunitária e dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas com transtornos mentais. Essa política opera em duas vertentes, quais sejam: a redução progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos e a ampliação da rede extra-hospitalar.

Para implementar tais políticas, o Ministério da Saúde publicou várias portarias para a implantação de serviços extra-hospitalares como, por exemplo, a criação de Centros de Atenção Psicossocial (CAPS i; CAPS ad; CAPS I, II e III); a inclusão de ações de saúde mental na atenção básica, Residências Terapêuticas, o

Programa de Volta Para Casa; e leitos em hospitais gerais, como relatam Mesquita et al (s/d).

Os CAPS foram criados pela Portaria GM/MS nº 336, de 19 de fevereiro de 2002 e funcionam em todos os estados da Federação. As Residências Terapêuticas referem-se a casas, localizadas no espaço urbano caracterizando-se como moradias de pessoas com transtornos mentais graves egressas de hospitais psiquiátricos ou hospitais de custódia e tratamento psiquiátrico, que perderam os vínculos familiares e sociais. Cada casa dispõe de suporte profissional adequado para o atendimento dos que ali residem.

Em julho de 2003, a Lei nº 10.708 instituiu o “auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes mentais egressos de internações” (BRASIL, 2004, p. 23). Tem o objetivo de garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social das pessoas com transtornos mentais, fora da unidade hospitalar.

Essa lei foi regulamentada pela Portaria 2.077/GM, de 31.10.2003, cujo auxílio é realizado diretamente ao próprio beneficiário, no valor de R\$ 240,00, por um período de um ano, podendo ser renovado caso a pessoa não esteja ainda em condições de se reintegrar completamente à sociedade (BRASIL, 2003).

Com essas duas leis aprovadas, pode-se perceber que a assistência à saúde mental entrou em um novo patamar, desinstitucionalizando a internação de pessoas como única maneira de tratá-las. Para isso, um dos desafios do Governo é o de fortalecer as políticas da saúde voltadas para os grupos de pessoas com transtornos mentais.

O Programa de Volta para Casa foi regulamentado pela Portaria nº 2077/GM, com o objetivo de garantir a assistência, o acompanhamento e a integração social das pessoas com transtornos mentais, fora da unidade hospitalar.

O incentivo às ações de atenção à saúde mental na atenção básica é organizado a partir da capacitação das equipes de saúde da família e da constituição de equipes matriciais de saúde mental. Essas equipes dão suporte técnico às equipes de saúde responsáveis pelo desenvolvimento das referidas ações.

O Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica mantém núcleos de formação permanente em saúde mental nos Estados e cursos de especialização e atualização dos trabalhadores da atenção básica.

Importante relatar também, a existência do incentivo às iniciativas de geração de renda de usuários da saúde mental em parceria com a economia solidária. Cita-se como resultado, a organização da Oficina de Geração de Renda de Usuários de Serviços de Saúde Mental como exemplo de fomento às iniciativas do gênero.

Por último, ressalta-se a Gestão Colegiada do Programa de Saúde Mental do SUS, que entre suas ações, foi responsável pela criação do Fórum Nacional de Coordenadores de Saúde Mental, cujo objetivo foi o de formular e conduzir a reforma psiquiátrica (MESQUITA et al., s/d).

Importante citar ainda as Portarias GM/MS nº 52 e 53, de 20 de janeiro de 2004, que estabeleceu o Programa de Reestruturação da Assistência Psiquiátrica Hospitalar no SUS – (PRH), cujo resultado, foi o incentivo à desinstitucionalização dos pacientes internados em grandes hospitais, inserindo-os nas redes de atendimento já citadas.

Outro instituto importante é o Programa de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH/Psiquiatria, instituído pela Portaria GM nº 251, de 31 de janeiro de 2002, que avalia a assistência prestada nos hospitais psiquiátricos

brasileiros. Essa avaliação é feita de modo qualitativo sobre o próprio processo terapêutico em saúde mental e sobre o nível de satisfação do usuário do setor (MESQUITA et al, s/d).

O Paraná tratou de adequar-se às políticas ditadas pela esfera nacional, como será visto a seguir.

2.3 A SAÚDE MENTAL NO PARANÁ

O desenvolvimento do Estado do Paraná teve características próprias, mas o tratamento dado aos portadores de problemas mentais seguiu a orientação nacional.

Entre as décadas de 40 e 60 as cidades paranaenses multiplicaram-se “do dia para a noite”, fruto da expansão cafeeira. O Estado não dispunha de infra-estrutura de saúde que atendesse a demanda de seus habitantes. Fernandes (1988, p. 45) afirma que “a Saúde Pública, historicamente uma filha pobre e quase que à margem do grosso dos recursos financeiros estaduais, ‘teve seus pelos embranquecidos’ neste tempo, agarrando-se, como podia, na garupa do processo de colonização do Paraná”.

Para minimizar a precariedade em que se encontrava essa área, em 1947 foi criada a Secretaria da Saúde e da Assistência Social, pelo então governador Moisés Lupion. Entre seus departamentos, constava o de Higiene Mental e Assistência a Psicopatas, mas pela sobrecarga de trabalho as ações dirigidas aos portadores de problemas mentais eram insuficientes. Por esse motivo, encaminhavam-se tais ações à Divisão dos Serviços Distritais, que era a mais sobrecarregada das divisões da secretaria, trazendo, portanto, pouquíssimos resultados (FERNANDES, op. cit).

Conforme relata ainda o autor, muitas cidades não tinham sequer um médico, que dirá um hospital. Nesse estado de dificuldades, era impossível implantar a

medicina preventivista que estava sendo orientada pelo Governo Federal, já citada anteriormente.

A solução encontrada pelo Governo Estadual foi a instalação de Unidades Sanitárias, que prestavam atendimento ambulatorial às populações sem acesso a qualquer outra forma de atenção médica. Em 1949, somente sete dos 80 municípios existentes não contavam com uma Unidade Sanitária. Esse atendimento, embora limitado principalmente pela falta de profissionais, era considerado um avanço na assistência à saúde, pois em 1956 todos os municípios paranaenses já contavam com essas Unidades. No entanto, a prática continuava a ser a curativa, sem investimentos na prevenção de doenças (FERNANDES, op. cit).

Com essa realidade, o tratamento dado aos portadores de problemas mentais também era precário. O crescimento desordenado das cidades do Paraná trazia como consequência, “a loucura”, passando a exigir medidas de controle e tratamento. Mesmo com a criação do departamento específico na Secretaria de Saúde e de Assistência Social, os recursos para a solução dos problemas da área eram quase indisponíveis (FERNANDES, op. cit).

Sobre o assunto, dizia o Dr. Jayme Drumond de Carvalho, então diretor do citado departamento: “Naquela época (final dos anos 40 e início da década de 50), o doente mental passou a ser um problema crescente no Estado, que rápida e desordenadamente se expandia. As solicitações para internamentos eram cada vez mais freqüentes, sem que o Estado dispusesse dos leitos hospitalares necessários à satisfação de tal demanda” (apud FERNANDES, op. cit, p. 61).

Com referência às instituições específicas para o tratamento da loucura, já existiam o hospital Nossa Senhora da Luz, instituído em 1903, em Curitiba; um ambulatório de saúde mental, criado em 2 de maio de 1944; o Hospital Nossa

Senhora da Glória, construído da década de 40 e ligado à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia, também em Curitiba e o Hospital Aduino Botelho, inaugurado em 1954, este em Piraquara. Todas elas, porém configuravam-se pelo isolamento daqueles considerados perigosos para a sociedade (CASTRO, 2004).

No dizer da autora, o Hospital Nossa Senhora da Luz, então com o nome de Asilo Nossa Senhora da Luz, "... ainda que concebido por modernos preceitos, estava comprometido pela superlotação". Todavia, configurava-se mais como um abrigo para os alienados do que propriamente como um hospital (CASTRO, 2004, p. 33).

O hospital Aduino Botelho foi feito como modelo para o tratamento de doentes mentais. No entanto, dois anos depois já se caracterizava como todos os outros hospitais do gênero, isto é, "uma instituição asilar clássica, servindo, muito mais, como **depositário do que como terapêutico**, aos doentes que para lá eram encaminhados" (FERNANDES, op. cit., p. 62) (grifo do autor).

Tanto é verdade a afirmação que nesses dois anos, o hospital que havia sido instalado para abrigar 350 doentes, já abrigava mais de mil, oriundos de todo o Paraná. Nos anos 60 foram tomadas medidas para conter as internações, até que tivesse uma infra-estrutura capaz de dar atendimento a todos que dele precisassem. No entanto, essas medidas não foram respeitadas. Assim, o hospital continuou a receber internos, mas o tratamento não passava da aplicação medicamentosa.

Na década de 70, a exemplo do movimento nacional, o Paraná iniciou a discussão sobre a necessidade de humanização no tratamento ao doente mental, com o slogan "humanização do ser" (TOLENTINO, 2003).

Em 1976 foi criado, em Curitiba, o que hoje é denominado de Centro Psiquiátrico Metropolitano, tema deste trabalho, para atender as emergências psiquiátricas agudas, “num esquema de 24 horas (TOLENTINO, op. cit., p. 21)

Os movimentos antimanicomial e da Reforma Sanitária culminaram, em 1980, com a criação do programa “Mutirão de Funcionários”, pela equipe da Diretoria Hospitalar e do departamento de saúde mental da Secretaria de Estado da Saúde. Tinham o objetivo de promover a desinstitucionalização dos doentes. É necessário registrar que as unidades de internamento da época abrigavam até 80 pacientes. Com a instalação do Programa passaram a abrigar apenas 30, o que já podia ser considerado um resultado positivo (TOLENTINO, 2003).

A Constituição de 1988 redefiniu o papel do governo federal na coordenação das políticas públicas e conferiu aos estados e municípios, autonomia para assumir a responsabilidade da execução dessas políticas. No bojo dessa responsabilidade encontra-se a execução das políticas voltadas à saúde mental (CUNHA e CUNHA, 2003).

Com esse novo aspecto, o Hospital Adauto Botelho passou por um processo de adequação, aproximando-se do contido na Portaria GM/224, de 29/01/1992 do Ministério da Saúde, isto é, às normas para atendimento ambulatorial e hospitalar em psiquiatria (TOLENTINO, op. cit.).

A Secretaria de Estado da Saúde e a Escola de Saúde Pública realizaram, em outubro de 1992, a 2ª Conferência Estadual de Saúde Mental, com o tema A Reestruturação da Atenção em Saúde Mental no Estado. Participaram representantes da comunidade, usuários dos serviços de saúde mental além dos profissionais e entidades da área. Foram discutidos temas como os direitos à

cidadania da população portadora de transtornos mentais e a municipalização da responsabilidade sobre os serviços de saúde mental (TOLENTINO, op. cit.).

Em 1995 foi aprovada a Lei Estadual nº 11.189/95 que dispõe sobre as condições para internações em hospitais psiquiátricos e estabelecimentos similares de cuidados com transtornos mentais.

Importante destacar o Art. 1º dessa Lei, por se relacionar diretamente à condição de cidadão do portador de problemas mentais: “Com fundamento em transtorno da saúde mental, ninguém sofrerá limitação em sua condição de cidadão e sujeito de direitos, internações de qualquer natureza ou outras formas de privação de liberdade sem o devido processo legal nos termos do Art. 5.º, inciso LIV da Constituição Federal” (PARANÁ, 1995).

Já o art. 2º trata diretamente da adequação à nova tendência de tratamento para doentes mentais:

Art.2.º O novo modelo de atenção em saúde mental consistirá na gradativa substituição do sistema hospitalocêntrico de cuidados às pessoas que padecem de sofrimento psíquico por uma rede integrada de variados serviços assistenciais de atenção sanitária e social, tais como ambulatorios, emergências psiquiátricas em hospitais gerais, leitos ou unidades de internação psiquiátrica em hospitais gerais, hospitais-dia, hospitais-noite, centros de convivência, centros comunitários, centros de atenção psicossocial, centros residenciais de cuidados intensivos, lares abrigados, pensões públicas comunitárias, oficinas de atividades construtivas e similares (PARANÁ, 1995).

O § 2º do Art. 3º refere-se justamente à adequação ora em pauta: “§ 2.º No prazo de 3 anos, contados da publicação desta lei, serão reavaliados todos os hospitais psiquiátricos visando aferir a adequação dos mesmos ao novo modelo

instituído, como requisito para renovação da licença de funcionamento, sem prejuízo das vistorias e procedimentos de norma” (op. cit.).

Ainda de acordo com a autora, em 1996 foi criada a Associação Arnaldo Gilberti, organização não-governamental, para atuar especificamente em saúde mental, aglutinando técnicos, profissionais estudantes, familiares e usuários dos serviços de saúde mental. Por trabalhar em prol da cidadania e contra a exclusão, essa associação representou um avanço para a área.

Em agosto de 2000 ocorreu a 3ª Conferência Estadual de Saúde Mental – com o tema Novos Rumos de Assistência e Prevenção em Saúde Mental, que debateu a adequação dos serviços prestados à saúde mental pelo Estado, isto é, a desospitalização.

Uma oficina com a temática em Saúde Mental, com vistas à participação na 12ª Conferência Nacional de Saúde, debateu amplamente a construção de redes de serviço extra-hospitalares no Estado.

2.3.1 O Período Vigente (2007)

As novas concepções de saúde mental entraram, finalmente, nas leis e nas práticas de atendimento. O Paraná tratou de se adequar estabelecendo projetos e criando instituições.

Assim, para dar atendimento às diretrizes estabelecidas pela citada 12ª Conferência de Saúde, o Estado do Paraná instituiu, em 1992, por meio da Resolução nº 045/03, uma comissão, denominada Comissão Intergestores Bipartite, que se caracteriza como uma instância de negociação e deliberação nos aspectos operacionais do SUS, no âmbito do Estado. É constituída paritariamente por representantes dos gestores municipais e do gestor Estadual. Essa instituição tem

por escopo, avançar nas políticas de saúde voltadas para a população (PARANÁ, 2006).

Como dito anteriormente, as orientações dessa Conferência indicaram a criação de redes de atendimento, a elaboração de princípios e diretrizes voltadas para a saúde mental e a municipalização desses serviços. A construção da rede de atenção integral em saúde mental foi orientada pela já existente Lei Estadual 11.189/95, adequando-se às novas diretrizes.

2.3.2 Política Estadual de Saúde Mental

A política estadual de saúde mental no Estado do Paraná “segue os princípios e diretrizes do SUS – Serviço Único de Saúde respeita as diretrizes da Reforma Psiquiátrica Brasileira” e prioriza a construção da rede de atenção integral em saúde mental.

“Os serviços assistenciais são de responsabilidade municipal, cabendo ao Estado, em seu papel regulador, a incumbência de estimular a criação de políticas municipais em consonância com a Reforma Psiquiátrica, articular as negociações regionalizadas, fiscalizar (controle, avaliação e acompanhamento) e oferecer suporte técnico às equipes. ([http:// www.saude.pr.gov.br/saudemental/index.html](http://www.saude.pr.gov.br/saudemental/index.html)).

Tem como principais programas:

- Programa de expansão e fortalecimento da rede de serviços extra-hospitalares.
- Inclusão das ações de Saúde Mental na atenção básica.
- Programa de formação e qualificação de recursos humanos dos municípios para ações de saúde mental.
- Reestruturação dos serviços próprios.
- Programa de atenção comunitária a usuários de álcool e outras drogas.
- Programa de avaliação dos hospitais psiquiátricos – PNASH/Psiquiatria.

- Implantar as comissões revisoras de internações psiquiátricas.
- Implantação do Programa Nacional “De Volta Para Casa”.

Para dar conta do prazo estabelecidos na Lei 11.189/95 – três anos – o Paraná construiu os pontos de atenção a seguir relacionados com as respectivas orientações:

- Unidade de Saúde: acessibilidade, atendimento a população adstrita, responsabilidade de oferecer serviços essenciais, reconhecimento pelos usuários, coordenação da atenção, foco na família e orientação comunitária.
- Domicílio: a família como participante ativo no tratamento.
- Pronto atendimento: pacientes em situação de urgência e emergência.
- Ambulatórios: deve-se priorizar o atendimento ambulatorial, para evitar o processo de estigmatização de internação psiquiátrica e estimular a autonomia do cidadão.
- Oficina Terapêutica: recurso ‘complementar ao ambulatório e tem o intuito de resgatar individualidades, descobrir potencialidades, desenvolver habilidades específicas e prover suporte de tratamento como atividade grupal que proporcione a socialização do cidadão e facilite o vínculo afetivo com profissionais e outros participantes da oficina’.
- CAPS – Centro de Atenção Psicossocial: serviço ambulatorial de atenção diária que funciona segundo a lógica do território. Atende prioritariamente pacientes com transtornos mentais severos e persistentes em que o comprometimento requer monitoramento intensivo, semi-intensivo. Deve ser indicado para a fase de reabilitação visando a reinserção social do cidadão. Auxilia na recomposição da estrutura interna e social da pessoa como instância dentro do contínuo tratamento.
- Residência Terapêutica: pacientes psiquiátricos que perderam a estrutura social e familiar e necessitam de acompanhamentos especializados e uma moradia temporária.
- Hospital-Dia: transição após a alta do hospital integral.
- Hospital Clínica: leitos psiquiátricos em hospital geral.

- Hospital Psiquiátrico Integral: indicado para o caso específico e somente quando esgotados todos os recursos extra-hospitalares (PARANÁ, 2006).

Apesar de todo esse aparato, segundo Delgado (2007, p. 44), o Paraná é, historicamente, um dos grandes centros de tradição hospitalar “e alta concentração de leitos de psiquiatria...”, dificultando sua real inserção nos novos moldes da assistência à saúde mental.

3. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Os procedimentos metodológicos adotados para este trabalho estão expostos a seguir.

3.1. CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Para proceder-se a uma melhor análise da situação saúde mental dentro do CPM e verificar as contradições existentes no sistema, optou-se por trabalhar com uma pesquisa bibliográfica, que fundamenta a teoria aqui colocada.

Esse procedimento caracteriza a pesquisa como exploratória, uma vez que busca uma familiaridade com o problema, a fim de torná-lo explícito ou com a possibilidade de construir hipóteses.

Para SELTZ et al. (apud GIL, 1996, p. 45), as pesquisas exploratórias na maioria das vezes envolvem “levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas que tiveram experiências práticas com o problema pesquisado e análise de exemplos que estimulem a compreensão”. Neste caso, utilizou-se a entrevista com pessoas pertinentes à área.

Quanto ao suporte teórico, também está assentado na reforma psiquiátrica, em sua visão de saúde mental, que passou a vê-la sob um aspecto mais humano, deixando de enclausurar as pessoas portadoras de problemas mentais, integrando-a na sociedade.

Os procedimentos para a coleta de dados foram a observação e a entrevista. A observação, segundo Haguette (1995, p. 64), caracteriza-se “como um movimento constante, funcionando como um indicador do funcionamento complexo de estruturas e organizações complexas”. Neste caso, a realização deste estudo foi facilitada pela observação da realidade feita pelas próprias pesquisadoras.

Gil (1996) considera a entrevista uma forma de diálogo assimétrico em que o entrevistador procura coletar os dados e o entrevistado apresenta-se como fonte de informações.

3.2. CARACTERIZAÇÃO DO AMBIENTE E SELEÇÃO DA AMOSTRA

O Centro Psiquiátrico Metropolitano é o tema central deste trabalho. Por esse motivo, passa-se a caracterizá-lo mais especificamente para então extrair uma reflexão sobre as políticas públicas de atenção à saúde mental no Paraná.

Dessa forma, foram realizadas 10 entrevistas como instrumento de coleta de dados, durante os meses do maio e junho deste ano de 2007. Triviños (1987) privilegia a entrevista em virtude da importância da presença do investigador, assim como a permissão de liberdade e espontaneidade por parte do entrevistado enriquecendo a pesquisa.

A entrevista, complementa Triviños (1995, p.146),

É aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante.

É importante salientar que as perguntas que constituem a entrevista são frutos da teoria que norteia a ação do investigador, assim como de toda a informação constatada sobre o fenômeno que o interessa (TRIVIÑOS, 1995).

Salienta-se ainda, que os entrevistados foram escolhidos pela pertinência ao tema deste trabalho, constituindo-se em gestores estaduais e municipais e funcionário e ex-funcionários da instituição, que têm ou já tiveram funções diferentes e estratégicas e, portanto, capazes de dar respostas acerca do problema estudado.

As questões tiveram três eixos distintos, a saber: (1) dificuldades atuais; (2) opinião sobre o alinhamento à reforma psiquiátrica e à política estadual de saúde; (3) visão de futuro da instituição.

Finalmente, a pesquisa ainda se caracteriza como documental, por utilizar documentos da própria instituição em apreço e proceder a uma análise a partir dos conteúdos. Essa técnica aplica-se à análise de textos escritos ou de qualquer comunicação (oral, visual, gestual) reduzida a um texto ou documento. Segundo Bardin (apud TRIVIÑOS, 1995, p. 97) “é um conjunto de técnicas de análise de comunicação” que contém informação sobre o comportamento humano atestado por uma fonte documental.

Os documentos consultados foram dos seguintes tipos: arquivos da própria instituição e do SESA, atas do Conselho Estadual de Saúde; relatórios internos e o Relatório da Conferência de Saúde citada no texto.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A elaboração desta pesquisa possibilitou alguns resultados e discussões como os que constam na seqüência.

4.1 SAÚDE MENTAL NO CPM

O Centro Psiquiátrico Metropolitano - CPM, tema deste trabalho, desde 1976 vem desenvolvendo trabalhos na área da saúde mental paranaense, mas os registros de sua história são falhos. Mesmo assim, buscou-se levantá-la nos documentos aqui referenciados.

4.1.1 Período de 1944 a 1977

Em 1944 foi inaugurado oficialmente o primeiro ambulatório de saúde mental no Estado. As primeiras consultas psiquiátricas da rede pública foram realizadas pelo médico Arnaldo Gilberti, no dia 2 de maio desse ano. Essa data foi oficialmente instituída como o Dia da Saúde Mental, como comprova o seguinte texto: “O Conselho Estadual de Saúde do Paraná, considerando o marco inicial do atendimento em Saúde mental na rede pública do Paraná, aprovou resolução que considera como data comemorativa, o ‘Dia Estadual de Saúde Mental’, no dia 2 de maio.” (Resolução nº 15/00 CES/PR Disponível em <http://www.saude.pro.gov>, 06/06/07).

Paralelamente à atividade ambulatorial do Dr. Arnaldo Gilberti, em 1954, com a liderança do seu colega Dr Adauto Botelho, foi fundado o Hospital Colônia Adauto Botelho, unidade de atendimento hospitalar em saúde mental da Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha-Secretaria de Estado e do Bem Estar Social (FSCMR - SESB), com a finalidade de atender o doente mental indigente.

Na década de 70, o atendimento ambulatorial realizado pelo Dr Arnaldo Gilberti evoluiu para o tratamento em equipe multiprofissional. Para isso, foram contratados um psicólogo e um assistente social, passando o ambulatório a funcionar na travessa João Prosdócimo, 139, no alto da rua XV de Novembro.

Em março de 1976 foi inaugurado, no mesmo endereço, o Pronto Socorro Psiquiátrico, hoje, Centro Psiquiátrico Metropolitano, para atendimento de emergências médicas à população desassistida pela previdência. As atividades realizadas eram de triagem e internação. A instituição disponibilizava 13 leitos para pacientes alcoolistas do sexo masculino e 10 leitos para pacientes psicóticos do sexo feminino.

Figura 5 – Matéria Publicada em Jornal Local – Paraná

Pronto Socorro Psiquiátrico será inaugurado terça-feira

Em solenidade a ser presidida pelo governador Jayme Canet Junior, será inaugurado na próxima terça-feira, o Pronto Socorro Psiquiátrico, unidade assistencial destinada a prestar pronto atendimento psiquiátrico à população curitibana, mormente a mais carente de recursos financeiros.

Referido hospital, que funcionará a Rua João Prosdócimo, 139, nas imediações do Hospital Oswaldo Cruz, receberá o paciente para umaterapêutica intensiva e continua durante 72 horas. Findo esse prazo, se não houver alta, o paciente será encaminhado a uma clínica particular, todavia no caso de indigência, será ele encaminhado ao Hospital Adauto Botelho.

O Pronto Socorro Psiquiátrico dispõe de 20 leitos e seu funcionamento será ininterrupto. Sua equipe de atendimento estará constituída de sete clínicos, igual número de psiquiatras, além de 14 academicos matriculados nos dois últimos semestres da Faculdade de Medicina.

Assim, ao lado dos serviços de ambulatório, não só da Capital como do Interior (Ponta Grossa, União da Vitória, Cascavel, Maringá, Jacarezinho, Apucarana, Londrina, Cianorte, Loanda, Umuarama e Pato Branco), o Paraná terá aquilo que é preceituado pela política de saúde mental, ou seja evitar a inter-

nação do paciente, substituindo o leito hospitalar por técnicos profiláticos e internamentos a curto prazo

Na opinião do secretário da Saúde e do Bem-Estar Social, médico Arnaldo Busato, os ambulatórios do Interior além de prestarem um pronto atendimento ao povo evitam que o doente seja deslocado de seu centro para Curitiba, em busca de atendimento psiquiátrico. Em Londrina, Maringá, Ponta Grossa e Loanda, por exemplo, existem convênios com hospitais particulares, onde os indigentes são internados e tratados como qualquer doente pagante.

O Regulamento do Pronto Socorro Psiquiátrico (PARANÁ, 1977) descreve suas finalidades no segundo artigo do capítulo II:

- prestar assistência médico-hospitalar, aos que dele necessitarem;
- desenvolver atividades visando o aperfeiçoamento de seu pessoal;
- realizar pesquisas que levem ao aprimoramento da assistência prestada;
- contribuir para a educação sanitária;
- proporcionar meios de reabilitação;
- servir de campo de aperfeiçoamento para médicos e outros profissionais;
- servir de local de treinamento para estudantes de medicina, enfermagem, nutrição e dietética, serviço social médico, administração hospitalar e outras do seu interesse.

4.1.2 O período de 1978 a 1989

O relatório do serviço social médico do CPM (PARANÁ, 1982, p. 2) já levantava a dificuldade para internamento de pacientes do Pronto Socorro Psiquiátrico - PSP em hospital geral. Este relatório enfatiza ainda, a falta de comunicação entre as instituições da capital com o interior e a dificuldade de contato com pacientes e familiares após a alta. Segundo o documento, “os pacientes sem familiares e residência fixa acabavam por perambular pelas ruas, não mantendo o tratamento ambulatorial e re-internando, quase que inevitavelmente”.

Conforme um documento datado de 1º de outubro de 1992, Carlos Abel Fiorucci, ex-diretor geral do CPM, falou sobre esse mesmo período, nos seguintes termos:

... programas eram elaborados de acordo com a conveniência política de uma ótica imediatista, cujo objetivo era quase que tão somente poupar a comunidade do convívio com seus doentes mentais. Conseqüente a esta política caótica de saúde mental, o hospital colônia Adauto Botelho (Público) e outros (Beneficentes), acabaram por se transformar em instituições psiquiátricas quase que exclusivamente asilares, perdendo desta forma o seu objetivo terapêutico.

Em 1983 por solicitação do Governo do Estado foi constituída uma equipe de apoio ao Programa de Saúde Mental do Estado do Paraná, formada por um grupo de 27 pessoas – servidores da Secretaria de Saúde. Esse documento interno (PARANÁ, 1983) traz inicialmente os objetivos dessa instituição: realizar pronto atendimento; realizar diagnóstico precoce; prevenir internações através da debelação de crises e posterior encaminhamento para o atendimento ambulatorial; transferir pacientes para o Hospital Colônia Adauto Botelho, quando da necessidade de tratamento mais prolongado.

Em 1983, o CPM contava com 12 médicos, dois psicólogos, um assistente social, uma enfermeira, dois técnicos em enfermagem, quatro auxiliares de enfermagem, um agente social, 15 atendentes de enfermagem, 16 serventes, um farmacêutico e dois auxiliares da farmácia. Disponibilizava 24 leitos, distribuídos da seguinte maneira: 13 leitos para a ala masculina e 11 para a ala feminina. O tempo médio de internação era de 6 dias. Os pacientes eram oriundos das cidades vizinhas de Curitiba.

Os quadros atendidos eram de alcoolismo, na sua maioria, seguidos de psicoses agudas e casos de drogadição. O serviço médico realizava a triagem, medicação, contenção e contatos formais com a família. O serviço de Psicologia

realizava o acompanhamento ambulatorial do paciente e de familiares. Cabia ainda a esse serviço realizar entrevistas de admissão para funcionários do CPM, bem como treinamento em relações humanas e apoio psicológico individual. O Serviço Social realizava entrevistas com os familiares, procurava conhecer a realidade social do indivíduo e providenciar encaminhamento para outras instituições hospitalares, quando necessário.

Esse relatório menciona necessidades sentidas pelo Serviço da Psicologia, coletadas a partir da entrevista realizada com a psicóloga da instituição, da realização de reuniões clínicas e dos estudos de caso, para aproximação dos diversos serviços e destes com a diretoria da instituição (PARANÁ, 1983).

Em 1983 registrou-se um aumento da procura de atendimento também pelo paciente previdenciário que, inicialmente, negava sua condição de contribuinte para receber o atendimento (PARANÁ, 1983).

Nesse documento foi enfatizado que, muitas vezes, o paciente era trazido do interior, encaminhado pelas prefeituras e delegacias, desnecessariamente, sem ter passado pelo posto de saúde do seu município. O relatório chama a atenção para a necessidade do encaminhamento do médico da cidade de origem para evitar a sobrecarga da capacidade hospitalar do estado.

Segue algumas conclusões do referido relatório sobre a instituição:

3 - Dificuldades encontradas:

3.1 É possível sentir certo grau de marasmo nas atividades realizadas, fato que acarreta uma desmotivação muito grande no aspecto assistencial, a função primordial do PSP;

3.2 Pensamos que isto ocorra devido à falta de atividades de crescimento profissional, como são as reuniões clínicas, apresentação de casos, falta essa que contribui para a não definição de uma linha de atuação que identifique o PSP como centro capacitado e com finalidades científicas, necessárias para cumprir seu objetivo;

3.3 O PSP é uma unidade especializada da medicina; nos chama a atenção que nem todos os profissionais que prestam assistência médica tenham vocação para dedicar-se à psiquiatria. Este é um dos fatores, que somado aos itens expostos acima, contribui a pouca motivação por finalizar ações que gratifiquem tanto ao paciente como a equipe técnica;

3.4 Faz-se sentir a falta de um clínico geral que desempenhe apenas esta função dentro do PSP, pois muitos são os pacientes que após o internamento vêm a apresentar quadro clínico orgânico, sendo difícil a sua transferência para hospital geral, pois estes geralmente não aceitam o paciente psiquiátrico... (PARANÁ, 1983, p. 3).

Para a Equipe de Apoio ao Programa de Saúde Mental a implantação de um programa parte da definição de uma ação política que transforme a prática de atendimento à saúde mental no Estado, como consta no item Alternativas para um Programa de Saúde Mental:

Que formem técnicos e pessoas tão cientificamente preparados que possam considerar a singularidade; que mobilize e capacite na busca de soluções locais e regionais promovendo a descentralização do atendimento e que estimule o surgimento de micro-estruturas, ou de instituições em processo, não cristalizadas.

Que não promova a imobilização do indivíduo em crise (o asilamento, o tratamento medicamentoso, a tutela médico-psicológica), mas que permita sua expressão.

Que a tônica da relação médico-paciente seja deslocada para as relações comunitárias onde então as crises poderiam ser metabolizadas pelo meio social na forma de reconhecimento e não mais da discriminação e exclusão (PARANÁ, 1983, p. 9).

Fernandes Júnior (1983), Assessor Técnico do Programa de Saúde Mental, sugere:

... que o pronto socorro psiquiátrico passe a funcionar gradativamente como unidade de atendimento à saúde mental com maior capacidade na resolução de crises agudas em psiquiatria baseada principalmente em atividades de terapia ocupacional, psicoterapia individual e grupal, grupos familiares, apoio psicofarmacológico e toda uma gama de atendimentos voltados para o cliente e sua rápida devolução ao seu local de origem (PARANÁ, 1983, p. 10).

As propostas do Grupo de Apoio ao programa de Saúde Mental do Estado do Paraná não foram colocadas em prática. Salienta-se ainda, a importância desse trabalho, observando a proximidade entre suas propostas e as diretrizes da atual política de saúde mental.

No período de 1983 a 1986, houve um aumento significativo no número de ambulatórios públicos e privados, como consequência do reduzido número de leitos psiquiátricos disponíveis, internações de longa duração e grande índice de re-internamentos sucessivos. Sobre esse assunto, Fiorucci (1992) observa:

Estes se proliferaram, principalmente na região metropolitana de Curitiba, chegando a prestar cerca de 15.000 consultas, sendo aproximadamente 12.000 de contribuintes e dependentes e aproximadamente 3.000 de não contribuintes da previdência. Esta diferenciação da clientela permaneceu até a criação do SUDS (FORUCCI, 1992)

Segundo o autor, após a universalização do atendimento, em 1986/7, constatou-se a limitação dos recursos do governo federal para o financiamento dos serviços da saúde, o que indiretamente desestimulou o atendimento em ambulatorios públicos e privados, que foram progressivamente desativados. Como consequência, estando novamente a população desassistida, a opção de internamento hospitalar teve sua demanda intensificada. Diz o autor:

Como resultante, novos leitos psiquiátricos foram contratados em todo o Estado. Novamente as preocupações se voltam para o número excessivo de leitos credenciados, o tempo médio de ocupação excessivamente longo e os custos da manutenção dos mesmos absolutamente altos (FIORUCCI, 1992).

Frente a essa realidade e na tentativa de racionalizar a ocupação desses leitos, segundo o autor, ainda com a visão voltada para o modelo hospitalocêntrico, ao PSP foi destinada à função estrita de Central de Triagem, para emissão de laudos de internação hospitalar. Foram mantidos alguns leitos para internamento (15 para alcoolistas e 10 para psicóticos do sexo feminino) e seu serviço ambulatorial foi desativado (PARANÁ, 1977).

Em 1988 foi criado no CPM o Núcleo de Estudos para o Tratamento do Alcoolismo - NETA. Era formado por médicos, psicólogos e agentes de saúde. Funcionou por oito anos; realizava trabalho em grupo com usuários e familiares. No período vigente estes mesmos grupos são realizados pelo Ambulatório de Adultos.

O Centro Psiquiátrico Metropolitano foi definitivamente constituído em 24 de Maio de 1989, substituindo o Pronto Socorro Psiquiátrico, através da deliberação nº44/89 (PARANÁ, 1989).

4.1.3 O período de 1990 a 2007

A descaracterização do serviço, que fez do CPM um mero preenchedor de laudos para internação, compõe a realidade da instituição em 1990. Um documento registra que “discussões aconteceram durante o ano de 1991 e resistências se fizeram manifestas às propostas de modificação da ordem vigente. Em meados deste mesmo ano, por decisão política do Governo do estado, criou-se uma assessoria em saúde mental para a secretaria de estado da Saúde, objetivando organizar a assistência psiquiátrica no estado” (FIORUCCI, 1992, p. 5).

Como resultado dessas discussões, produziu-se em 1991, o Relatório de Dados e Propostas sobre o CPM, elaborado pelo Grupo de Trabalho sobre Serviços de Saúde Mental da 2ª Regional de Saúde. De acordo com o citado relatório, a média de encaminhamentos para internações era de 50% em relação ao total de pacientes atendidos, sendo que 8% eram encaminhados para o ambulatório. Recomendava a transformação do CPM em Centro de Atenção à Saúde Mental, além de apresentar as propostas resumidas a seguir:

- reimplantar atendimento ambulatorial em três turnos, com equipe multidisciplinar;
- implementar serviço de tratamento e prevenção de alcoolismo e drogas;
- implantar serviço de convivência, com atendimento psicoterápico, medicamentoso e serviços alternativos, como arteterapia, oficinas de trabalho e outras;
- manter 10 leitos de observação para internamento em casos de emergência, com permanência até 72 horas (PARANÁ, 1991).

Estas propostas impulsionaram o movimento de 1992, descrito e coordenado por Fiorucci.

De acordo com o autor do documento (FIORUCCI, 1992) “A partir de Fevereiro de 1992, o Centro Psiquiátrico Metropolitano procura se reorganizar em diversos serviços, ciente de suas limitações, visando atender parcialmente a demanda, ao mesmo tempo em que passa a se preocupar com a qualidade do atendimento”.

O documento apresenta como proposta: manutenção do pronto atendimento com a descentralização da emissão de laudos, para aliviar a demanda e possibilitar a realização de trabalho mais racional; reativação do tratamento ambulatorial; transformação dos leitos disponíveis para internação de até 72 horas; criação do NAPS – Núcleo de Assistência Psicossocial; manutenção de central de vagas (linha direta entre usuário e unidades prestadoras de serviço).

Nesse mesmo relatório, o item Recursos Humanos, apresenta os seguintes dados da realidade da equipe: a) falta de objetividade no trabalho; (b) desconhecimento dos papéis específicos; c) falta de preparo teórico de grande parte da equipe para desempenho da tarefa; d) falta de integração inter-setorial; e) insatisfação pelo trabalho desenvolvido (PARANÁ, 1992, p. 12).

Para sanear esses problemas decidiu-se por um programa de capacitação e melhor instrumentalização dos setores. Também decidiu-se por definir o papel específico de cada elemento em sua respectiva equipe de trabalho.

Com o aumento da estrutura, Fiorucci (op. cit.,) comenta:

Com a opção de outros serviços disponíveis, observou-se a diminuição de encaminhamentos para internação integral. Atualmente, apenas aproximadamente 24% dos pacientes atendidos em Pronto Atendimento, necessitam de internação mais prolongada, enquanto o restante é encaminhado para outras modalidades de tratamento.

A oferta de serviços ambulatoriais, insuficiente na região metropolitana, por motivos já anteriormente descritos, teve um acréscimo de aproximadamente 1.000 consultas, podendo, com o atual quadro funcional, atingir aproximadamente 1.200 consultas/mês, resguardando a qualidade necessária para o atendimento efetivo (PARANÁ, 1992, p. 17).

Na conclusão do documento consta: “O Centro Psiquiátrico Metropolitano, com suas características e especificidades dos serviços faz com que se constitua em um complexo de referência com potencial para congregar e complementar outros serviços, possibilitando uma maior resolução dos casos, diminuindo assim, as possibilidades de uma prolongada internação hospitalar” (PARANÁ, 1992, p.22).

Em 1992 houve a reabertura do ambulatório de adultos após mobilização de antigos funcionários que retornaram da sede da Saúde na Rua Barão do Rio Branco, segundo o relatório da Direção Geral sobre o serviço do CPM em 1996.

De 1992 em diante não se localizou material semelhante aos produzidos nas décadas de 80 e 90 sobre o CPM, como relatórios e propostas de reestruturação. Alguns dados desse período foram coletados nas entrevistas como os que se apresentam a seguir.

Um documento de 1994 traz os seguintes dados sobre a estrutura e funcionamento da instituição:

- Pronto atendimento – P.A. (com funcionamento em período integral, atendendo uma demanda de aproximadamente 2.000 consultas/mês);
- Atendimento ambulatorial (funcionando de segunda à sexta-feira, com aproximadamente 3.000 consultas/mês);
- Ala de internamento de curta permanência (72horas) com 25 leitos (15 masculinos e 10 femininos);

- Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS), com aproximadamente 200 pacientes cadastrados e frequência diária média de 30 pacientes;
- Central de vagas, para fornecimento de informações à usuários e instituições sobre vagas hospitalares disponíveis em toda a região metropolitana (PARANÁ, 1994).

O pronto atendimento contava com 14 médicos e dois psicólogos; o ambulatório, com um total de oito médicos, sendo que cinco destes também trabalhavam no pronto atendimento. O ambulatório contava ainda com quatro psicólogas e duas pedagogas. O Serviço Social contava com seis funcionários (PARANÁ, 1994).

O NAPS contava com um psiquiatra, três psicólogos, duas assistentes sociais, uma pedagoga, uma sanitarista e uma terapeuta ocupacional. A ala de internamento contava com dois psiquiatras (que também atendiam no P.A), dois médicos clínicos e duas enfermeiras.

Em 1994 foi fundada a Associação Arnaldo Gilberti, tendo por missão: “Apoiar as pessoas portadoras de transtornos mentais em suas necessidades sociais, econômicas, políticas e culturais, contribuindo para a diminuição do preconceito e viabilizando a construção e o exercício da cidadania” (PARANÁ, 2004).

Por volta do ano 2000, foi desativada a ala de internamento, sem discussão prévia, sob alegação de deficiência nas instalações. Os leitos foram transferidos para o interior e não mais recuperados pela instituição.

Entre 2002 e 2007 houve redução significativa no quadro de médicos, por motivo de aposentadoria, transferência ou morte.

As atividades do CPM do período vigente (2007) referem-se a: prestar atendimento em saúde mental, em nível extra hospitalar, oferecendo tratamento para

os transtornos psiquiátricos em geral, contando com um programa especial para pacientes com dependência de álcool e drogas e ainda como tratamento alternativo, possui oficina de trabalho com produtos artesanais, visando a inserção social e geração de renda. Em casos em que há necessidade de internação hospitalar, mantém um canal de comunicação com a central de leitos/vagas coordenada pela prefeitura municipal de Curitiba, e está credenciado para a liberação de medicamentos de alto custo para pacientes diagnosticados como portadores de esquizofrenia refratária (<http://www.saude.pr.gov.br>., 06/06/2007).

Em sua estrutura o CPM conta com equipe multiprofissional composta por 16 psicólogos, quatro enfermeiros, um fonoaudiólogo, seis assistentes sociais, 17 médicos, três terapeutas ocupacionais, dois farmacêuticos e quatro pedagogos. Todavia, conta ainda com profissionais de outras áreas num total de 135 funcionários.

Mantém atendimento em ambulatório adulto e infanto-juvenil, no CAPS, em oficina de trabalho, além do Pronto atendimento (P.A.), cada um deles funcionando em espaços físicos diferentes e atendendo clientela específica.

A produção das equipes do Pronto Atendimento e do ambulatório no mês de abril deste ano ilustra o panorama geral da unidade e se expressa estatisticamente, segundo relatórios do SAME - Serviço de Arquivos Médico e Estatístico, com os dados apresentados a seguir.

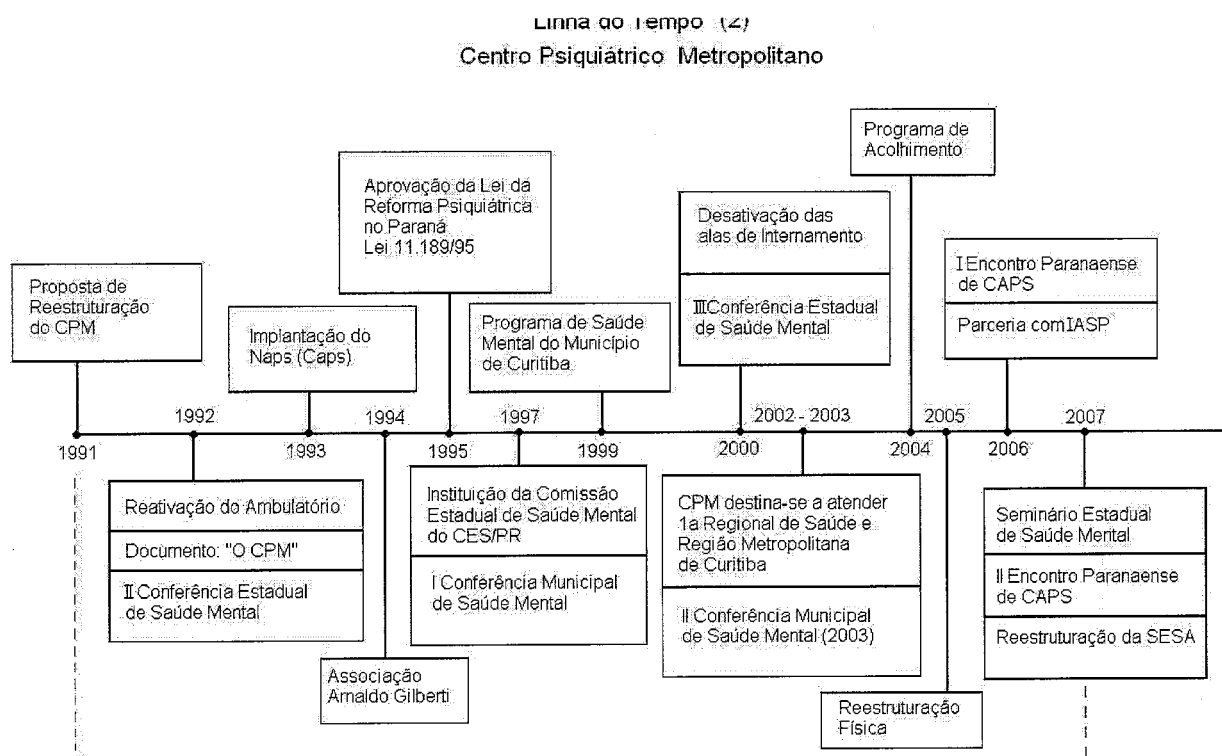
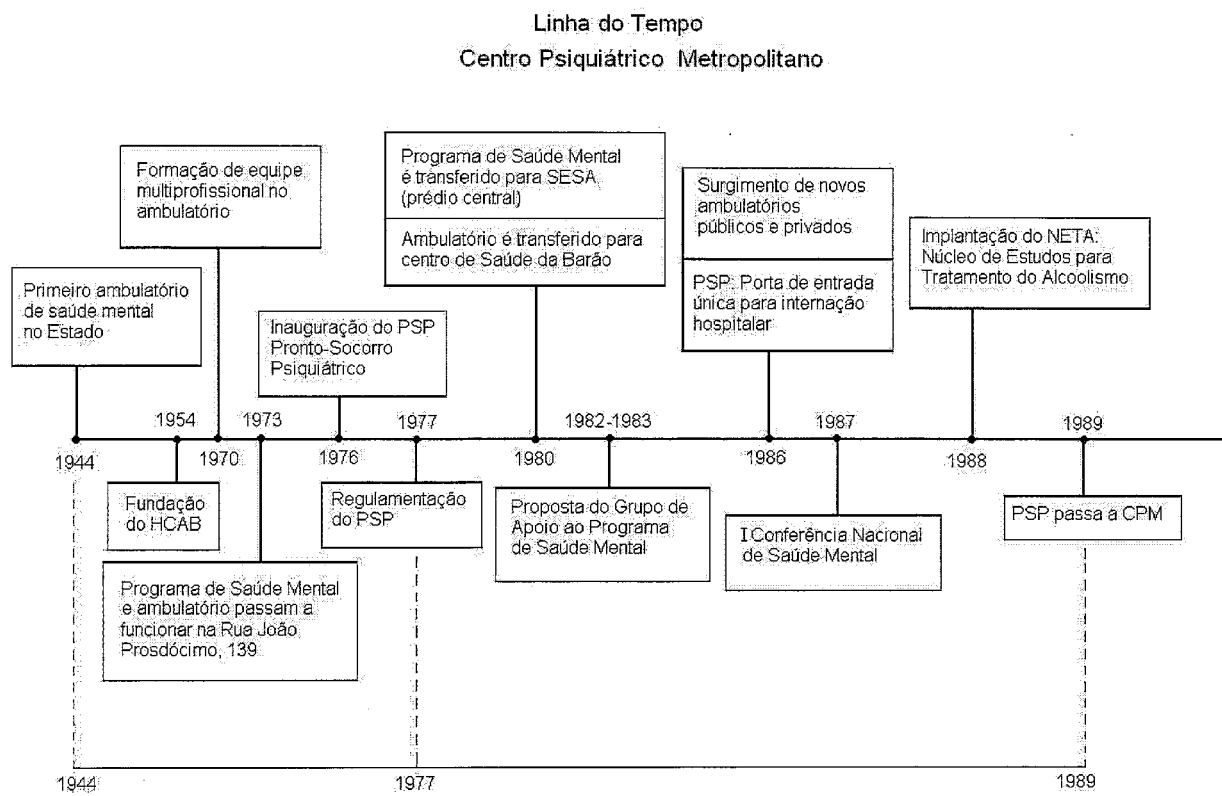
O Pronto atendimento realizou 1036 consultas psiquiátricas no mês de abril de 2007. Destas, 357 (34,4%) geraram encaminhamentos para hospitalização. O serviço ambulatorial prestou, no mesmo mês, 883 consultas de psiquiatria e 981 consultas de psicologia, além de 325 atendimentos em pedagogia, 99 consultas de

fonoaudiologia, 69 atendimentos em terapia ocupacional e 754 atendimentos realizados pelo serviço social.

A Secretaria de Estado da Saúde do Paraná (SESA) encontra-se, no momento da realização deste trabalho, em processo de reestruturação, efetuando mudanças na sua organização. Sabe-se que o Instituto de Saúde do Paraná foi extinto, porém as informações completas ainda não foram divulgadas entre os técnicos. O CPM como um dos serviços próprios da SESA também será afetado por essas mudanças. No novo organograma, encontra-se vinculado à Diretoria Geral da SESA.

A figura 6 a seguir, traz uma demonstração do histórico da instituição, em sua trajetória dentro do Estado.

Figura 6 – Linha do Tempo do CPM



4.2 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Os trechos transcritos no quadro abaixo representam a fala de cada um dos entrevistados que serão posteriormente analisadas em conjunto com as demais entrevistas.

Quadro 2 – Transcrições das opiniões dos entrevistados sobre o CPM

| | Dificuldades da instituição | Alinhamento à reforma | Visão de Futuro |
|---|---|---|---|
| 1 | Falta de definição quanto ao gerenciamento, pois sabemos que os serviços de assistência são de responsabilidade municipal; falta de investimento para manter e transformar em serviço conforme moldes da Reforma de Atenção à Saúde Mental. | Sim , o CPM acompanhou o processo de mudança referente à reforma, pois o primeiro CAPS criado no PR foi neste local, com um bom trabalho de reabilitação do paciente. A primeira associação de Saúde Mental – Associação Arnaldo Gilberti também foi originada no CPM em 1994 por profissionais interessados no avanço da reforma. Por vários anos estes serviços funcionaram dinamicamente. | A estrutura do CPM se assemelha a um CAPS. Necessitaria de atualização do número de profissionais e sua diversificação como equipe, reciclagem em termos da nova postura de atendimento, de relacionamento profissional cliente. Necessita de maior disponibilidade para convivência, subsídios para dinamizar o trabalho em equipe interprofissional. Esse serviço necessita recuperar a sua identidade e credibilidade condizente à sua importância à população de Curitiba e Região Metropolitana. |
| 2 | Não existe integração entre os setores; visão individualista do servidor, sem olhar para a demanda; não caminha para o modelo comunitário; atendimento médico focado na medicação. Não trata; encaminha pouco para o ambulatório. | Sim , do ponto de vista dos serviços que oferece: CAPS, ambulatório adulto, ambulatório infantil. Não alinhado à reforma do ponto de vista da triagem; serviço estagnado (mantém hegemonia médica). | Poderá ter função de supervisão; Deverá terminar o serviço de triagem (PA) e se constituir em trabalho ambulatorial para daí acompanhar a reforma; CAPS deverá atender a região de Curitiba. |

| | | | |
|---|---|--|---|
| 3 | Dificuldades da instituição Falta de gestão; falta de função; falta de identidade; o CPM olha para o seu umbigo; falta de fluxo; desconectado da central de leitos e central de consultas; problema na gestão: está dentro do município, é gestado pelo estado, legalmente pertence à prefeitura de Curitiba. | Alinhamento à Reforma Não , mantem cultura hospitalocêntrica. PA se retro-alimenta, atrasa a estruturação da rede extra-hospitalar da região metropolitana, que continua na dependência do CPM. | Visão de Futuro Deveria ter a lógica de acessoramento ao município da região metropolitana e não limitar-se a atender a demanda. Poderá ser referência em atendimento ambulatorial para municípios menores (com menos de 20.000 hab); vai continuar somente se mudar o perfil para cultura extra hospitalar; deve se voltar para a criança e o adolescente da região metropolitana. |
| 4 | Dificuldades na comunicação interna (entre equipe e entre a direção e equipe) Não há preocupação com a integração de novos funcionários; Não há atualização para o funcionário sobre o processo de atendimento. | Não ; existe atraso em relação ao processo da Reforma; É difícil a associação do médico com o Psicólogo. Antigamente todos sabiam o que era o CPM, havia internamento e tratamento. Hoje em dia ninguém sabe o que e para que é o CPM. | Com a estruturação da rede o CPM poderá perder a função; Precisa manter programas especiais (ex: esquizofrenia refratária) Deve manter serviço ambulatorial. |
| 5 | Redução do corpo técnico; faltam médicos; Diminuição de resolutividade do serviço com o fim da ala de internamento; Poucos médicos no ambulatório (paciente em tratamento no ambulatório interna menos). | Sim , tem equipe especializada, mantém ambulatório infantil, adulto serviço de CAPS, além de atender as emergências. | Precisa voltar a ter mais resolutividade, mais atendimento ambulatorial. Poderia ter CAPS Ad; O CPM dos sonhos é o CPM de antigamente, com atendimento emergencial, internamento de curta duração, NAPS/CAPS, e ambulatório. O CPM tem grande potencial em recursos humanos e muita contribuição já dada á sociedade. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| 6 | Dificuldades da instituição CPM sempre mostrou tendência forte para o internamento; parou no tempo, está isolado, estanque, voltado para si mesmo; Não se adequa à questão da saúde coletiva e trabalho em rede; Não vai atrás, não abraça a comunidade; é autofágico. | Alinhamento à Reforma Não está alinhado à Política de Saúde Mental; Está voltado para si mesmo e não para a população; Modelo médico-cêntrico, não interdisciplinar. | Visão de Futuro Vai ficar sem função porque não se modernizou. CPM tem grande potencial, recursos humanos capacitados. Deveria ajudar no processo da reforma dando retaguarda para a região metropolitana. |
| 7 | Corpo técnico reduzido; não atende a demanda. | Sim , já que sua principal função é a triagem e ele encaminha para onde a reforma indica (atualmente encaminha para os CAPS da região metropolitana) | CPM deve continuar a fazer triagem; Deve aumentar o serviço de ambulatório (que é menos iatrogênico do que o CAPS, quando este mantém o paciente por um período excessivamente longo). |
| 8 | Falta de integração entre equipes; pouco comprometimento do servidor; Resistência à mudança; CPM não teve atenção merecida da administração central; Equipe de médicos reduzida, alguns sem especialização em psiquiatria, com pouco envolvimento com a Reforma. | Sim , está alinhado à Reforma psiquiátrica. Observa recente aumento na atividade ambulatorial (infantil e adulto) Aumentou número de encaminhamentos para os CAPS; diminuíram encaminhamentos para internamento. | Deve reduzir o atendimento a emergências médicas; Deve ampliar ambulatórios (onde há resolutividade); Deve atender ao paciente e família; Deve trabalhar na promoção da saúde e prevenção do uso de drogas; Deve oferecer oficinas terapêuticas, orientação para trabalho e geração de renda. |

| | | | |
|----|--|--|--|
| 9 | Dificuldades da instituição Não entendimento do CPM como um todo do que é um CAPS; Falta supervisão institucional; Falta atenção à saúde mental do funcionário; Falta preparação para o novo funcionário; não é acolhido; não é situado em relação ao serviço como um todo; Faltam recursos financeiros; Comunicação é distorcida, não é trabalhada, não é solucionada; Foco do serviço não está no tratamento; foco está mais no encaminhamento e em "apagar incêndio". | Alinhamento à Reforma Como um todo não está alinhado à Reforma. Vê duas correntes: uma que tem interesse em contribuir para a Reforma e outra corrente que puxa para a psiquiatria antiga, tradicional. | Visão de Futuro Para o futuro necessita informar e envolver o funcionário com a Reforma Psiquiátrica. Gostaria que o CPM fosse um grande centro de referência em saúde mental, aproveitando excelente bagagem dos profissionais que trabalham na instituição. Centro que ofereça treinamento e supervisão para outras instituições. Precisa melhorar ainda mais a sua imagem perante a população |
| 10 | não há união entre os colegas; carga de oito horas é muito exaustiva; necessita adequação, aumento de espaço; PA não mudou: muita gente, muita espera, poucos médicos. | Sim , porque o PA interna menos pacientes, porque oferece mais opções de tratamento, com psicólogos, terapeutas ocupacionais, e outros e também porque oferece trabalho em grupo (ex, grupo para alcoolistas). | Vai continuar na mesma; Não vai fechar; Não vai mudar de endereço; Não vai mudar o tipo de atendimento. |

Fonte: Do autor

Os dados foram analisados obedecendo ao roteiro da entrevista, que se apoiou na pesquisa da opinião dos entrevistados sobre as Dificuldades da Instituição, Alinhamento à Reforma Psiquiátrica e Visão de Futuro.

4.2.1 Dificuldades da Instituição.

Na opinião dos entrevistados destacam-se os seguintes itens no critério Dificuldades da Instituição:

Cerca de 80% aponta problemas de gestão, sendo importante ressaltar que as entrevistas mencionam dificuldades no aspecto interno e externo (pelo fato do CPM situar-se fisicamente no município de Curitiba e ser gerido pelo Estado).

Em relação ao gerenciamento interno, destaca-se a opinião de 40% dos entrevistados de que existem problemas no fluxo decorrentes da falta de atualização e informação para o funcionário sobre o processo de atendimento ao usuário, realizado pela instituição como um todo.

Cerca de 70% dos entrevistados opinaram sobre a falta de integração entre os funcionários, agravada por problemas na comunicação interna, que provavelmente contribuem para a problematização do fluxo de atendimento.

Enquanto 70% dos entrevistados se preocupam em ressaltar a falta de comunicação interna, 30% salientam a falta de comunicação externa, opinando de que o CPM realiza trabalho isolado, focado em si mesmo, sem olhar a demanda. Estes dados se complementam e evidenciam um padrão disfuncional, de isolamento, repetindo nas questões internas as mesmas dificuldades que aparecem nas questões de relacionamento com a comunidade e a rede de atenção à saúde mental.

O aspecto externo do problema de gestão se evidencia nas opiniões sobre a falta de identidade da instituição, colocada de forma clara por 30% dos entrevistados.

Ainda dentro do critério dificuldades da instituição 40% trazem a redução do corpo técnico (falta de médicos). No entanto, ressalta-se que na opinião de 50% dos entrevistados o foco do atendimento é ainda medicamentoso e de encaminhamento, e que o CPM deveria, sim, priorizar o tratamento.

4.2.2 Alinhamento à Reforma Psiquiátrica

No critério Alinhamento à Reforma obteve-se que 50% dos entrevistados consideram que sim, que o CPM está alinhado ao processo de mudança no modelo de atenção à saúde mental.

Cerca de 30% diz que o CPM não está alinhado à Reforma Psiquiátrica. Destaca-se que 20% diz que a instituição está somente em parte alinhada à Reforma. Dizem que a instituição está alinhada à Reforma no que se refere aos serviços de Ambulatório Infantil, Ambulatório de Adultos e CAPS; consideram como não alinhado à Reforma do ponto de vista da triagem que, segundo os entrevistados mantêm a cultura hospitalocêntrica, encaminha pouco para outros serviços internos, não apresenta características de interdisciplinaridade.

Salienta-se que a pesquisa traz dificuldades da instituição como um todo para integrar-se com a rede e com a comunidade, considerando os itens enumerados no critério anterior.

4.2.3 Visão de Futuro

A análise dos dados relativos ao critério Visão de Futuro traz propostas dos entrevistados para a adaptação da instituição à nova realidade de estruturação da rede extra-hospitalar.

Salienta-se que 50% dos entrevistados mencionam a necessidade de atualização do profissional para trabalho em equipe polivalente e envolvimento com a Reforma.

Cerca de 30% observam que há necessidade do CPM recuperar sua identidade e credibilidade perante a população que atende. Para tanto, sugerem que

o CPM volte para o assessoramento da região metropolitana, oferecendo serviços de supervisão e atendimento para a criança, o adolescente e o usuário de droga.

Constata-se que 40% dos entrevistados mencionam varias possibilidades para o CAPS, entre elas a de funcionar como CAPS para a região de Curitiba, de funcionar como CAPS Ad, CAPS i.

Ressalta-se, ainda, que 80% dos entrevistados sugerem aumento na atividade ambulatorial, dividindo-se entre sugestão de ambulatório de referência para região metropolitana e municípios do interior. Verifica-se que 30% dos entrevistados sugerem mudança no foco do serviço, através da diminuição na atividade de triagem e aumento na atividade de ambulatório.

Nota-se unanimidade no que se refere à continuidade do serviço. A totalidade da amostra acredita na possibilidade do CPM acompanhar e contribuir para a Reforma psiquiátrica. Do total de entrevistados, 40% reconhecem a importância dos serviços que presta à população de Curitiba e Região Metropolitana e considera que sua equipe tem grande potencial pela quantidade significativa de profissionais especializados, com experiência na área de saúde mental.

4.3 PERSPECTIVAS E TENDÊNCIAS DA SAÚDE MENTAL NO CPM

Analisando a história da saúde mental no Brasil e no Paraná observou-se a intenção do Estado em alinhar-se com as políticas nacionais implantadas ao longo do tempo.

O modelo asilar, hospitalocêntrico instalou-se no Paraná com fortes raízes, capaz de se manter por longo período de tempo. Estas marcas estão fortemente arraigadas na sociedade como um todo, a ponto da maioria da população ainda procurar pelo hospital como o único recurso assistencial.

O ideário da Reforma Psiquiátrica deflagra os mesmos conflitos que existem no interior da sociedade brasileira – decorrentes da coexistência de forças políticas e sociais divergentes. Ao mesmo tempo em que a Reforma avança, as forças que contrariam os seus princípios continuam a existir e a mobilizar-se para defender seus interesses.

O Paraná e o CPM fazem parte deste processo e é dentro desta realidade que se busca construir um novo modelo de atenção à saúde mental.

Desde sua criação o CPM teve suas ações calcadas no modelo médico-hospitalar.

Buscou alinhar-se com as novas tendências em Saúde mental com a diversificação da equipe; retomada do ambulatório; formação de grupos de trabalho voltados à avaliação e reformulação do serviço; extinção das alas de internamento e criação do CAPS.

Mesmo com estas iniciativas, a inserção do CPM nas diretrizes da Reforma Psiquiátrica e da Política de Saúde Mental enfrentou dificuldades como mostram as entrevistas e os documentos analisados.

Já em 1983, o serviço de psicologia apontava para a falta de interação/comunicação entre os setores e estes e a direção do Centro. Esta característica perpetuou-se até o momento desta pesquisa.

Outra questão abordada ao longo da história da instituição foi relativa a identidade do Centro. Desde 1983 já se identificava a “não definição de uma linha de atuação” cujas causas estariam na falta de motivação e vocação para a tarefa entre os profissionais e na falta de atividades voltadas para o crescimento profissional.

Na entrevista escrita por Célia Perracini em 2007, entre as dificuldades para o desenvolvimento do CPM encontra-se a “falta de definição quanto ao

gerenciamento, pois sabemos que os serviços de assistência são de responsabilidade municipal” (ANEXO). Esta mesma visão está expressa em outras entrevistas como demonstrado anteriormente.

Quanto ao alinhamento da instituição com novos modelos de atenção constatou-se que repetidamente grupos de funcionários e gestores buscavam mudanças nesse sentido, como comprovam os documentos e as entrevistas. A história mostra, porém, que a maioria dessas propostas não foram implantadas.

O Departamento Nacional de Auditoria do SUS/Ministério da Saúde (DENASUS/MS) em relatório apresentado ao Conselho Estadual de Saúde (CES/PR) em 2006 afirma que “existe falta de integração entre a gestão Municipal e Estadual, muito particularmente do serviço do Centro Psiquiátrico Metropolitano, que se constitui na principal porta de entrada do sistema hospitalar. Existem sinais que indicam a possibilidade de uso excessivo da indicação de internação hospitalar...” (BRASIL, 2006, p.18).

Essa afirmação baseia-se no dado apresentado neste relatório: 26% dos atendimentos realizados pelo P.A., no período de janeiro a abril de 2004, geraram encaminhamento para internação hospitalar.(op. cit., p.16)

No mês de abril de 2007, este índice aumentou para 34,4%, evidenciando desacordo com a Política de Saúde Mental que preconiza a indicação de internação psiquiátrica somente quando os recursos extra-hospitalares forem insuficientes. Outro dado apontado nas entrevistas foi o reduzido número de encaminhamentos para os serviços próprios do CPM, como ambulatório oficina de trabalho e CAPS.

O CPM, de acordo com opinião de alguns entrevistados é uma instituição “voltada para o seu próprio umbigo”, “autofágica” e que “parou no tempo”. O isolamento em que se coloca a instituição quando não se insere dentro do Sistema

de Saúde de forma crítica e transformadora impede a superação do modelo manicomial, que não está presente apenas dentro dos manicômios.

Quanto às perspectivas para o CPM, há um dado comum nas fontes de pesquisa, qual seja, a instituição tem grande potencial, inclusive com capacidade de impulsionar a Reforma Psiquiátrica na região, contribuindo com os municípios vizinhos para que realizem as mudanças necessárias nesse processo. Um dado que chama a atenção é o fato de 80% dos entrevistados indicarem a necessidade do aumento das atividades ambulatoriais, pelo seu caráter resolutivo, o que coincide com a orientação da Lei Estadual da Reforma Psiquiátrica, que prioriza o atendimento ambulatorial para evitar o processo de estigmatização de internação psiquiátrica e estimular a autonomia do cidadão (PARANÁ, 2006).

Neste sentido, o relatório do DENASUS/MS (2006) aponta para o foco de a solução dos problemas levantados quando diz: “o que deve ser visado é a melhoria da(s) gestão(ões) sobre os recursos atualmente existentes em Curitiba e Região Metropolitana, procurando aumentar sua eficiência...” (op.cit, p.19).

Na análise dos documentos internos, desde 1982, propostas são apresentadas para a reestruturação dos serviços e construção de um novo modelo de atendimento. Destacam-se os documentos de 1983 e de 1991 com propostas condizentes com os princípios e diretrizes da Reforma Psiquiátrica.

Para exemplificar, em 1991, conforme relata Célia Perracini na entrevista, foram sugeridas mudanças significativas para o Centro, inclusive do nome da entidade para Centro de Atenção à Saúde Mental, remetendo-o mais à saúde do que à doença.

De acordo com a mesma fonte, para que o CPM exerça todo o seu potencial faz-se necessária a formação dos servidores, com vistas a uma nova postura de

atendimento, de relacionamento com o usuário e “maior disponibilidade para convivência com o paciente”. Alerta também para a necessidade do Centro “recuperar a sua identidade e credibilidade condizentes à sua importância à população de Curitiba”.

Enquanto esta pesquisa se realizava, retomou-se no CPM, a discussão sobre os rumos da instituição, sua identidade e o modelo de atendimento prestado. Todavia, há questionamentos ainda sem resposta: É resolutivo pensar e propor novos rumos para o CPM sem que cada funcionário se aproprie de sua história, das políticas de saúde mental e do SUS? O que será feito com as propostas formuladas anteriormente e com as experiências já implantadas?

5. CONCLUSÕES

O trabalho de recompor a história do CPM e minimamente a da Saúde Mental no Paraná assemelhou-se à construção de um quebra-cabeça em que inúmeras peças estão espalhadas e outras não foram encontradas. No trabalho de elaboração da pesquisa houve dificuldades na coleta de dados, pela escassez e precariedade dos documentos, além do acesso a determinados registros.

Superadas as dificuldades, procurou-se resgatar a história da instituição, considerando que as experiências vividas por ela podem servir de base para uma futura atuação que contribua efetivamente para a reforma psiquiátrica no Paraná.

Considera-se alcançado o objetivo geral, que foi o de discutir a inserção do CPM na linha preconizada pela Reforma Psiquiátrica.

Como subsídio para a discussão desse objetivo, apresentou-se inicialmente o conceito de saúde que fundamentou este trabalho. Em seguida, foi introduzido o tema da saúde mental, abordando os aspectos conceituais da loucura.

O referencial teórico da história da saúde mental no Brasil auxiliou na análise dos dados, proporcionando uma visão ampla da questão e contextualizando todo o processo de transformações ocorridas neste campo no país. O quadro apresentado com a evolução das políticas de saúde mental no Brasil compôs um resumo elucidativo do processo em questão.

A apresentação da Saúde Mental no Paraná demonstrou o pouco material escrito sobre o assunto, indicando a possibilidade e necessidade de novas pesquisas na área.

O conhecimento da Política Nacional e Estadual de Saúde Mental permitiu vislumbrar o importante papel que uma instituição como a estudada pode desempenhar no processo de construção de “uma nova saúde mental”.

Considera-se atingido também, o objetivo de resgatar a história da instituição, pela construção da linha do tempo.

Quanto ao material coletado sobre o CPM, constatou-se a necessidade de organizar os registros existentes, ou seja, de criar instrumentos e mecanismos de preservação e gerenciamento dos documentos e informações pertinentes à instituição, para que se possa continuar a construir sua história.

O pressuposto inicial da pesquisa, isto é, a necessidade de aprofundar a discussão sobre o futuro da instituição, confirmou-se nas respostas dadas pelos entrevistados, na pesquisa documental e no fato concreto de que a atual Direção do CPM, durante a elaboração deste trabalho, promoveu discussões sobre a questão, no local de trabalho.

Na pesquisa sobre o alinhamento da instituição ao ideário da Reforma Psiquiátrica percebeu-se convergência de opiniões entre o conteúdo dos documentos consultados e das entrevistas realizadas. No primeiro caso, foram encontradas referências à necessidade desse alinhamento. Nas entrevistas, apesar de se constatar que o conceito da Reforma Psiquiátrica sofre divergência, as respostas deixaram antever a necessidade do alinhamento. Alguns partem do entendimento amplo e abrangente sobre o tema, que envolve mudança de paradigma, um novo jeito de olhar, uma mudança sócio-cultural; outros percebem os sinais de alinhamento pela existência de serviços extra-hospitalares.

As dificuldades levantadas nas entrevistas, quando comparadas com os dados dos documentos, demonstram que existem problemas crônicos no CPM, já explicitados anteriormente. Também se confirmou a crença de que todo funcionário, independente da função que exerce, tem condições de contribuir no processo de

transformação da realidade em seu local de trabalho, devendo, para isso, ser ouvido pela administração.

Tanto o material consultado como a pesquisa de campo foram úteis para delinear as perspectivas e tendências para o CPM.

Deve-se alertar, porém, que o presente trabalho não tem o objetivo de elaborar propostas de ação para a instituição, mas de chamar a atenção para questões fundamentais para mudanças que visem o desenvolvimento da instituição. Assim, as seguintes recomendações são apontadas:

1. readequação das equipes dos diferentes setores, contemplando as áreas fundamentais ao atendimento integral do usuário. Assim, incluir psicólogos no Pronto Atendimento, bem como um profissional de Serviço Social no ambulatório de adultos; constituir cada serviço com equipe multi e interdisciplinar;
2. promoção de amplo debate com os funcionários sobre a política de saúde mental e o estudo da história, da missão do CPM e das propostas já realizadas;
3. socialização da discussão dos rumos da instituição com o conjunto dos servidores;
4. utilização do Programa Permanente de Formação de Recursos Humanos para a Reforma Psiquiátrica, para implementar as mudanças desejadas;
5. busca da interação com a coordenação estadual e municipal de saúde mental no planejamento de ações locais, visando a interação com a região metropolitana.

Com este trabalho pretendeu-se valorizar a história da instituição como fator capaz de impulsionar para o desenvolvimento de um novo modelo de atenção. O desafio encontrado na realização do trabalho e vivenciado no cotidiano do CPM está na busca da inserção da instituição no sistema de saúde mental, de forma inovadora e transformadora, contribuindo para a efetivação da Reforma Psiquiátrica no Estado.

As mudanças acontecerão. A forma como isso se dará, assim como os resultados obtidos, dependem de vários fatores, entre eles do modelo de gerenciamento adotado para a condução desse processo e do compromisso ético dos técnicos com a Reforma Psiquiátrica.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de. **Distritos sanitários**: concepção e organização. volume 1. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 1998.

ALMEIDA, Eurivaldo Sampaio de; CHIORO, Arthur e ZIONI, Fabiola. **Políticas públicas e organização do sistema de saúde**: antecedentes, reforma sanitária e o SUS. São Paulo: Edusp, 2001.

ALMEIDA FILHO, Naomar. Epidemiologia social das desordens mentais: revisão da literatura latino-americana. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton, et al. **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis – RJ: Vozes, 1987.

_____. **Qual o sentido do termo saúde?** Cad. Saúde Pública. vol.16 n.2 Rio de Janeiro Abr./Jun 2000.

ALVERGA, A; R. e DIMENSTEIN, M. A reforma psiquiátrica e os desafios na desinstitucionalização da loucura. **Intercace – Com. Saúde, Educação**. N. 20, jan-fev./2006.

AMARANTE, Paulo Duarte de Carvalho. Cidadania, sistemas locais de saúde e reforma psiquiátrica. In: KALIL, Maria Eunice Xavier (org.). **Saúde mental e cidadania no contextos dos sistemas locais de saúde**. São Paulo: Hucitec, 1992.

_____. **O homem e a serpente**: Outras histórias para a loucura e a Psiquiatria. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Faria. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos ao sistema único de Saúde e o que esperamos dele. In: **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

BEZERRA Jr, B. e AMARANTE, P. (Orgs.). Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Relatório final da III Conferência Nacional de Saúde Mental**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2002.

_____. **Relatório de auditoria**. Belo Horizonte: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Programa de Volta Casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. **Legislação em saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CASTRO, Elizabeth Amorim de. **A arquitetura do isolamento em Curitiba na República Velha**. Curitiba: E. A. de Castro, 2004.

CUNHA, Edite da Penha e CUNHA, Eleonora Schettini M. Políticas públicas sociais. In: CARVALHO, Alysson et al. (orgs.). **Políticas públicas**. Belo Horizonte: IFMG, 1993.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho. Perspectivas da psiquiatria pós-asilar no Brasil. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton, et al. **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis – RJ: Vozes, 1987.

_____. Reforma psiquiátrica e cidadania: o debate legislativo. **Saúde em debate**. Nº 35, julho de 1992.

DELGADO, Pedro Gabriel Godinho et al. Reforma psiquiátrica e política de saúde mental no Brasil. In: MELLO, Marcelo Feijó de; MELLO, Andréa de Abreu Feijó de e KOHN, Robert (orgs.). **Epidemiologia da saúde mental no Brasil**. Porto Alegre: Artmed, 2007.

FERNANDES, Lindolfo. **Secretaria de Estado da Saúde do Paraná – 1853 a 1983**: Memória. Curitiba: Secretaria do Estado da Saúde do Paraná, 1987.

FIORUCCI, C. A. O Centro Psiquiátrico Metropolitano. Curitiba, 1992. (Documento dos arquivos da Secretaria Estadual de Saúde elaborado pelo diretor-geral à época).

FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 1996.

HAGUETTE, Teresa M. Frota. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. Petrópolis: Vozes, 1995.

<http://www.saude.pr.gov.br>. Acessado em 06/06/2007 às 14:13.

JORNAL DO FEDERAL. Psicólogos discutem práticas terapêuticas na clínica antimanicomial. **Jornal do Conselho Federal de Psicologia**. Ano XIX nº 84, maio/2006.

_____. Em defesa da reforma psiquiátrica brasileira. **Jornal do Conselho Federal de Psicologia**. Ano XIX nº 85, out./nov/2006.

_____. Pronto Socorro Psiquiátrico será inaugurado terça-feira. **Gazeta do Povo**. Curitiba, 13-03-1976.

LIMA, Fernando. **Eliminando riscos do trabalho**. São Paulo: CNI, 1996.

MENDES, Roberto Teixeira. Função da universidade. **Jornal da Unicamp**. Dezembro, 2000

MESQUITA, Ana Maria Gomes de et al. **Programa de atenção à saúde mental**. Secretaria de Atenção à Saúde, s/d.

NEGRI, Barjas. A política de saúde no Brasil nos anos de 1990: avanços e limites. In: NEGRI, Barjas e VIANA, Ana Luiza d'Ávila (org.). **O Sistema Único de Saúde em dez anos de desafio**. São Paulo: Sobravime; Cealag, 2002.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Série Técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde. Brasília, 2003.

PADRÃO, Messias Ligouri. O estatuto do doente mental. **Saúde em Debate**. Nº 37, dezembro de 1991, p. 11.

_____. O estatuto do doente mental. **Saúde em debate**. Nº 37, dez/1992.

PAIM, Jairnilson S. e ALMEIDA FILHO, Naomar de. Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? **Rev. Saúde Pública**. v. 32 n. 4 São Paulo ago. 1998.

PARANÁ. **Regulamento do Pronto Socorro Psiquiátrico**. Curitiba: Governo do Estado do Paraná, 1977.

_____. **Relatório anual**. Curitiba: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha; Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social, 1982.

_____. Secretaria de Estado da Saúde. Documento SESA 1983 **Relatório de saúde mental. Grupo de Apoio para um Programa de Saúde Mental no Paraná. Secretaria de Estado da Saúde e do Bem-Estar Social: Grupo de Radiografia. Proposta para uma política de saúde mental da SESB**. Curitiba, junho 1983. (Documento elaborado por um grupo de 27 pessoas – servidores da Secretaria de Saúde. Consta nos arquivos da Secretaria de Saúde, cujo Coordenador do Programa de Saúde Mental era Jorge Ramillo Salles e o coordenador do grupo de apoio era Lindolfo Ribeiro Fernandes Jr.).

_____. **Deliberação nº 44/89**. Curitiba: SUDS, 1989.

_____. **Relatório de dados e propostas sobre o CPM – Centro Psiquiátrico Metropolitano**. Curitiba: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha; Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social, 1991.

_____. **Centro Psiquiátrico Metropolitano**. Curitiba: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha; Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social, 1994.

_____. **Lei Estadual nº 11.189/PR**. Curitiba, Palácio do Governo, 9/11/1995.

_____. **Centro Psiquiátrico Metropolitano**. Curitiba: Fundação de Saúde Caetano Munhoz da Rocha; Secretaria de Estado da Saúde e Bem-Estar Social, 1996.

_____. Relatório da III Conferência Estadual de Saúde Mental. Curitiba, ago. 2000. p. 27. (Tese elaborada pela Comissão Estadual de Saúde Mental como subsídio para as discussões).

_____. **Relatório de atividades**. Curitiba: Associação Arnaldo Gilberti, 2004.

PARANÁ. **Política estadual de saúde mental**. Curitiba: SESA-PR, 2006.

PAULIN, Luiz Fernando e TURATO, Roberto Ribeiro. Antecedentes da reforma psiquiátrica as condições dos anos 70. **História, Ciência, Saúde**. Vol. 11, maio-agosto de 2004.

PEREIRA, William César Castilho. **O adoecer psíquico do subproletariado**. Rio de Janeiro: Imago, 1993.

QUINTO NETO, Antonio. A reforma psiquiátrica no Rio Grande do Sul: do direito ao tratamento aos direitos de cidadania do doente mental. **Saúde em debate**. Nº 37, dezembro de 1992.

RESENDE, Heitor. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton, et al. **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis – RJ: Vozes, 1987.

RIO GRANDE DO SUL. **SUS é legal**: Legislação Federal e Estadual. Porto Alegre: Secretaria da Saúde: 2000.

SANTOS, Nelson Garcia. **Do hospício à comunidade**: Políticas públicas de saúde mental. Florianópolis: Letras Contemporâneas, 1994.

SELLTIZ, et al. **Métodos de Pesquisa nas Relações Sociais**: delineamentos de pesquisa. vol. 1. São Paulo: EPU, 1987.

SILVA FILHO, João Ferreira. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In: BEZERRA JÚNIOR, Benilton, et al. **Cidadania e loucura**: Políticas de saúde mental no Brasil. Petrópolis –RJ: Vozes, 1987.

TENÓRIO, Fernando. A reforma psiquiátrica brasileira da década de 80 aos dias atuais: história e conceitos. **História, Ciência e Saúde**. Vol. 9. jan-abr/2002.

TOLENTINO, Sandra Terezinha Laibida. **A rede de atenção integral à saúde mental no Paraná**: Estratégias de implementação (Monografia de Conclusão do Curso de Especialização em Gestão de Sistemas de Serviços de Saúde). Curitiba: Escola de Saúde Pública do Paraná, 2003.

TRIVIÑOS, Augusto Nibaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1995.

www.saude.pr.gov.br/cpm/index.shtml, acessado em 06/06/2007.

VEIGA, Marta Tellechea Madeira da. Projeto escolar da Secretaria de Educação do Rio Grande do Sul. Disponível em: <http://www.educacao.rs.gov.br/pse/html>. Acessado em 1º/05/2007.

VIANNA, P. C. de M. e BARROS, S. O papel das políticas sociais frente à reestruturação do modelo assistencial em saúde mental. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 69, p. 27-35, jan / abr 2005.

YASUI, Silvio. **A construção da reforma psiquiátrica e seu contexto histórico.** (Dissertação de Mestrado). Assis – SP, Faculdade de Ciências e Letras da Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita”, 1999.

ANEXO

ENTREVISTA

CÉLIA MARIA PERRACINI DE AZEVEDO

Questões abordadas:

1. Início do trabalho: Como estava estruturado o serviço?
1. Mudanças significativas
2. Dificuldades
3. O CPM com relação ao SUS e a Reforma Psiquiátrica.
4. O futuro do CPM.

INÍCIO DO TRABALHO

No início do meu trabalho, o serviço ambulatorial estava se organizando no sentido de um trabalho em equipe multiprofissional.

Esse Ambulatório de Saúde mental foi inaugurado no dia 2 de maio de 1944, pelo Dr. Arnaldo Gilberti, psiquiatra do Ministério da Saúde que, enviado ao Paraná pelo Dr. Adauto Botelho implantou as atividades de Saúde mental, quando realizou as primeiras consultas médico-psiquiátricas no prédio localizado à Rua José Loureiro, centro de Curitiba.

Mais tarde, esse serviço foi transferido para outros imóveis, sendo que em 1973 passou a funcionar à Rua João Prosdócimo, 139, onde se localiza atualmente o Centro Psiquiátrico Metropolitano.

Desde o início, o trabalho era feito pelo profissional psiquiatra e atendentes.

A partir da década de 1970 passou a ser desenvolvido um trabalho de equipe. Foram contratados além de psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais e pessoal de enfermagem.

Quando comecei a trabalhar como psicóloga, o Programa de Saúde mental, como era então chamado, era formado pelos seguintes setores: atendimento psiquiátrico a adulto, serviço de neuropsiquiatria infantil, Psicologia, Serviço Social, Enfermagem e outros como farmácia, recepção...

No prédio central do terreno funcionava o Programa de Saúde Mental; propriamente dito, isto é, a parte administrativa, onde se centralizavam as atividades referentes à Saúde Mental do Estado.

O atendimento era feito por uma equipe técnica formada por psiquiatras, psicólogos, assistente social e agentes de saúde.

O Setor de Psicologia funcionava numa parte do prédio constituído por quatro salas grandes, sendo que duas dessas eram específicas às atividades com crianças.

Simultaneamente ao atendimento psicoterápico infantil era realizado um trabalho de orientação a mães, em grupo. No mesmo horário, enquanto a criança era atendida por um profissional, a mãe era atendida por outro.

Esse trabalho era gratificante devido a sua eficácia, uma vez que a mãe tornava-se um agente multiplicador de saúde.

É indiscutível, pois, a importância do atendimento a pais de crianças em tratamento.

Quanto ao adulto, muitos casos atendidos pelo psiquiatra, mensalmente, eram encaminhados ao Setor de psicologia para um acompanhamento semanal.

O Serviço Social e a Enfermagem eram também setores atuantes e eficientes.

A consulta médica psiquiátrica, a consulta psicológica, atendimento social, atendimento de enfermagem, psicoterapia individual e de grupo, ludo-terapia, grupo de orientação preventiva, acompanhamento familiar e escolar eram atividades de rotina, destinadas à clientela infantil, adolescente e adulta.

Havia um trabalho de equipe relativamente estruturado com um bom entrosamento que, com o decorrer do tempo devia se aperfeiçoar.

O que me parece é que foi arrefecendo com o passar dos anos.

MUDANÇAS SIGNIFICATIVAS

Voltando ao passado que não vivenciei, baseando-se que o ambulatório foi criado em 1944 e o Hospital Colônia Adauto Botelho em 1954, um acontecimento importante é que a Saúde Mental na rede pública do Estado tem suas bases históricas em atendimento ambulatorial uma vez que o primeiro hospital psiquiátrico público foi inaugurado dez anos depois do Ambulatório de Saúde Mental.

Outro aspecto, a minha própria contratação provocou uma mudança significativa no Programa de Saúde Mental, uma vez que o Setor de Psicologia se tornou um serviço independente e autônomo, com uma equipe trabalhando com grande entusiasmo, sob a responsabilidade da referida psicóloga.

Outro acontecimento, em 1976, quando foi inaugurado no mesmo terreno, o Pronto Socorro Psiquiátrico, destinado ao atendimento de emergência, 24 horas, leitos de curta duração e encaminhamento para ambulatório ou para hospital.

Outra mudança ocorreu com a implantação de um programa incentivado pelo Ministério da Saúde, chamado Programa Integrado de Saúde Mental - PISAM, que trouxe novas perspectivas de atendimento, novas ideologias de abordagem ao paciente.

Esse nosso Ambulatório era o modelo com uma equipe avantajada e também foram implantados ambulatórios com equipe completa em quatro pontos do Estado: Ponta Grossa, Londrina, Cascavel e Foz do Iguaçu.

Uma grande mudança em 1980, quando o Programa de Saúde Mental foi transferido para o prédio da Rua Engenheiro Rebouças e o Ambulatório de Saúde mental para o prédio do Centro de Saúde da Barão.

O PSP ficou no mesmo lugar.

Nos meados desta década de 80, foi sendo retomado o espaço da Rua João Prosdócimo com mais uma equipe trabalhando a nível ambulatorial.

Esse local passou a ser denominado Centro Psiquiátrico de Curitiba que logo mudou para Centro Psiquiátrico Metropolitano.

Logo em seguida, foi transferida a equipe de profissionais que estava no Centro de Saúde da Barão para o seu lugar de origem, à Rua João Prosdócimo.

O PSP passou a ser um setor de Pronto Atendimento num espaço menor ao que estava ocupando.

Outro aspecto importante foi a criação do Núcleo de Atenção Psicossocial - NAPS, em 1993, para responder às exigências da nova política de atenção à Saúde mental. Com as novas portarias ministeriais, esse serviço como todos os desse tipo passaram a ser chamados CAPS – Centro de Atenção Psicossocial.

DIFICULDADES – CPM E REFORMA PSIQUIÁTRICA

Uma das dificuldades que vejo influenciando o desenvolvimento adequado e esperado do CPM é a falta de definição quanto ao gerenciamento, pois sabemos que os serviços de assistência são de responsabilidade municipal.

Uma co-gestão estado e município talvez fosse uma solução.

Outra dificuldade é a falta de investimento para manter e transformar em um serviço conforme os moldes da Reforma da atenção em saúde mental.

O CPM acompanhou o processo de mudança referente à Reforma Psiquiátrica, pois o primeiro CAPS criado no Paraná foi nesse local com um bom trabalho de reabilitação do paciente.

A primeira Associação de Saúde Mental – Associação Arnaldo Gilberti também foi originada no CPM, em 1994, por profissionais interessados no avanço da Reforma.

Por vários anos esses serviços estiveram funcionando dinamicamente.

FUTURO

Já em 1991, num documento elaborado por um grupo de trabalho que participei, foi sugerido que o Centro Psiquiátrico Metropolitano fosse transformado em um Centro de Atenção à Saúde Mental, inclusive com a mudança de nome.

Destaco um dos trechos desse documento: “Transformando esta unidade num centro de linha avançada de atendimento, o Paraná terá um serviço intermediário entre ambulatório e hospital para atendimento de casos graves, psicóticos, cujo objetivo principal é evitar as internações e reinternações e manter o paciente em sua família e no meio onde vive, bem como oferecer subsídios para sua reabilitação e reintegração psicossocial e profissional”.

Outro item destaca “a importância da abordagem de atendimento que deve ser totalmente diferenciado e baseado na postura profissional da equipe, que deve estar voltada a ações que visam resgatar os direitos do doente como pessoa.”

A estrutura do CPM se assemelha a de um CAPS.

Necessitaria de atualização do número de profissionais e sua diversificação como equipe, reciclagem em termos de nova postura de atendimento, de relacionamento profissional-cliente, maior disponibilidade para convivência com o paciente, subsídios para dinamizar o trabalho de equipe interprofissional.

Esse serviço necessita recuperar a sua identidade e credibilidade condizentes à sua importância à população de Curitiba e região metropolitana.

CÉLIA MARIA PERRACINI DE AZEVEDO
Curitiba, 12 de junho de 2007.